

**MASTER 2 DROIT ET POLITIQUES DE SANTÉ**

**MÉMOIRE D'ÉTUDE**

**UNE PROBLÉMATIQUE DES INÉGALITÉS  
TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS  
ANCIENNE ET PÉRENNE**

**Présenté par :**

**LE TORIELLEC Soizic**

---

**Sous la direction de :**

**SAISON Johanne**

**Année Universitaire 2021-2022**

« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille. »

## REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements distingués et toute ma gratitude aux personnes qui ont contribué et aidé à la réalisation de ce mémoire, fruit d'une recherche qui a duré près de deux ans.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Madame Saison Johanne, directrice du-dit mémoire, pour avoir accepté de superviser ce travail, pour m'avoir prodigué ses conseils et avoir accompagné mes réflexions et expériences. Son éclairage avisé à propos de la matière complexe qu'est le droit de la santé m'a été précieuse.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes recherches. Et à tous mes camarades de promotion du Master 2 Droit et Politiques de Santé et en particulier ceux avec qui on a partagé nos expériences et compétences.

J'exprime toute ma gratitude à Lucie Tscheiller pour m'avoir donné son aval afin de pouvoir effectuer mon stage au sein du service des Ressources Humaines chez FILIERIS. Je tiens à remercier ma maître de stage, Sophie Kazmierczak, pour son soutien et sa collaboration tout au long du stage. Un grand merci également à tout le personnel de FILIERIS pour son accueil chaleureux et sa disponibilité.

## DÉDICACES

Je dédie cet ouvrage,

*A ma chère mère,*

Pour sa tendresse, sa patience et son dévouement à mon égard tout au long de mes études. Faisant preuve d'un soutien sans faille, qu'elle trouve ici le témoignage de mon amour et de ma profonde reconnaissance.

*A mon cher père,*

Pour son affection, ses conseils et sa compréhension à tous mes problèmes durant ces cinq dernières années. Changeant sa nuit en jour pour m'assurer les bonnes conditions, qu'il trouve ici le témoignage de mon amour et de ma profonde reconnaissance.

*A mon frère et sa femme,*

Pour leurs encouragements chaleureux, leurs oreilles attentives, la joie et le bonheur qu'ils m'ont apporté, qu'il trouve ici le témoignage de mon affection la plus sincère.

*A ma grand-mère,*

Pour son éternelle générosité, sa gentillesse, pour m'avoir nourri, logé et blanchi durant les périodes de révisions et de stages, qu'elle trouve ici le témoignage de ma gratitude infinie.

*A mes amis,*

Pour leur sincère amitié, leur confiance, pour m'avoir rassuré, épaulé et réconforté dans les moments de doute, qu'ils trouvent ici le témoignage de mon fidèle attachement.

# SOMMAIRE

<b>TABLE D'ABRÉVIATIONS</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE</b>	<b>20</b>
TITRE 1 / LA FRANCE FACE À UNE PROBLÉMATIQUE CROISSANTE D'INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS	21
CHAPITRE I / LES DÉSERTS MÉDICAUX : UNE RÉALITÉ SÉCULAIRE	21
CHAPITRE II / FOCUS SUR LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES HAUTS DE FRANCE	32
TITRE 2 / LES DÉSERTS MÉDICAUX FACE A LA PANDEMIE DE COVID 19	45
CHAPITRE I / LE SARS-CoV-2 : L'ÉPÉE DE DAMOCLÈS SANITAIRE	46
CHAPITRE II / UNE PROBLÉMATIQUE ANCIENNE MISE EN LUMIÈRE PAR LE SARS-CoV-2	56
<b>PARTIE II : LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS : ENJEU CROISSANT ENCLIN À DES MESURES D'AMÉLIORATION</b>	<b>62</b>
TITRE 1 / DES MESURES FAVORISANT LA RÉSORPTION D'UNE SITUATION FRANÇAISE ALARMANTE	63
CHAPITRE 1 / FILIERIS, ACTEUR DE LA RÉSORPTION DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS	63
CHAPITRE 2 / DES SOLUTIONS APPRÉCIABLES MAIS JUGÉES ENCORE INSUFFISANTES	73
TITRE 2 / QUELQUES RÉFLEXIONS ISSUES DES EXPÉRIENCES AU DELÀ DES FRONTIÈRES FRANÇAISES	84
CHAPITRE 1 / DES PAYS INSPIRANTS DANS LEUR GESTION ET RÉSORPTION DES DÉSERTS MÉDICAUX	85
CHAPITRE 2 / LES PAYS EN DIFFICULTÉS FACE À DES DÉSERTS MÉDICAUX TENACES	96
<b>CONCLUSION</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>123</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>139</b>

## TABLE D'ABRÉVIATIONS

ACCDM	Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux
ALD	Affection de Longue Durée
AMRF	Association des Maires Ruraux de France
ANGDM	Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs
ANTEL	Association Nationale de Télémédecine
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BASMU	<i>British Antarctic Survey Medical Unit</i>
CAIM	Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CANSSM	Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale des Mines
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CARMI	Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les Mines
CMU	Couverture Maladie Universelle
COSCOM	Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins
COTRAM	Contrat de Transition
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP	Code de la Santé Publique
CSTM	Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ESA	<i>European Space Agency</i>
HDF	Hauts-de-France
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
NHS	<i>National Health Service</i>
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PIAS	Praticiens Isolés à Activité Saisonnière

PRS	Projet Régional de Santé
PTMA	Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMR	Praticien Territorial Médical de Remplacement
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSM	Société de Secours Minière
URSSM	Union Régionale
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZAR	Zone d'Accompagnement Régional
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

# **INTRODUCTION**



Dès les années 1970, Guy Desplanques a posé la question des inégalités spatiales. Il s'est demandé si la consommation médicale n'était pas différenciée et propre à certains types de territoire :

*« Les disparités régionales de mortalité, entre pays, ou, à l'intérieur d'un même pays, entre provinces, indique également que le mode de vie joue un rôle primordial pour expliquer le niveau de mortalité. Mais les comportements des ventes de bien d'autres facteurs, tels le milieu social ou la situation familiale, dont les études longitudinales mener à l'INSEE permettent de mesurer l'influence sur la mortalité. »*

Cette différence pourrait être à la fois le résultat de l'offre de santé disponible et des caractéristiques de la population résidente. Mais cette analyse qui valait dans les années 70 aurait besoin d'être réactualisée, les modes de vie s'étant plus ou moins nivelés.

Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non pris en charge pour cause de difficulté d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques. Certains écarts concernent des disparités de soins.<sup>1</sup> Il convient d'abord de distinguer les inégalités de santé des inégalités sociales de la santé. Les inégalités de santé sont des différences dans l'état de santé des individus qui ne relèvent pas de l'environnement ou de conditions socio-économiques. Par exemple, elles peuvent être liées à l'âge. Les maladies cardiovasculaires sont ainsi plus fréquentes chez les plus de 60 ans que chez les moins de 25 ans. En ce qui concerne les inégalités sociales de santé, elles font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux tels que le revenu, le niveau de scolarité mais aussi l'inclusion sociale. Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer. Ainsi, chez les résidents des quartiers où le revenu moyen est le plus bas, le taux de diabète est considérablement plus élevé que dans le reste de la ville. Ceci représente une inégalité sociale de santé. Il est également à noter que les expressions « inégalités sociales de santé » et « iniquités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable<sup>2</sup>.

Les personnes qui présentent à un certain moment de leur vie une fragilité particulière peuvent être vulnérables sur le plan physique (jeune âge ou âge avancé, handicap), psychologique (victimes de violences), ou social à plusieurs niveaux. Ces derniers peuvent être économiques (chômeurs, personnes sans domicile, personnes dans la précarité,...) ; administratifs (déboutés du droit d'asile) ; culturels (migrants, gens du voyage, illettrés,...) ou comportementaux (orientation sexuelle, usagers de drogues, travailleurs du sexe,...). Des approches spécifiques seront développées auprès des populations vulnérables non couvertes par les systèmes de surveillance et souvent exclues des études en raison de leur éloignement du système de soin.<sup>3</sup> En luttant contre les inégalités sociales de la santé, on promeut l'équité en santé, qui signifie que tout le monde a les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé en raison des conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, n°8, 2005, p.11.

<sup>2</sup> X, Les inégalités sociales et territoriales de la santé, consulté le 11 décembre 2021.

<https://www.environnements-sante.ch/approfondir/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-la-sante/>

<sup>3</sup> X, « Les inégalités sociales et territoriales de santé », consulté le 15 février 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20et%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20concernent%20toute%20la,aux%20personnes%20les%20plus%20d%C3%A9munies.>

<sup>4</sup>X, Les inégalités sociales et territoriales de la santé, consulté le 11 décembre 2021.

<https://www.environnements-sante.ch/approfondir/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-la-sante/>

Ces inégalités sociales se doublent parfois d'inégalités territoriales, qui sont issues de l'environnement physique dans lequel vivent les populations. Il peut s'agir de quartiers particulièrement mis à mal au niveau de la mobilité active, ou de quartiers subissant des pollutions diverses.<sup>5</sup> Il est parfois fait mention d'inégalités environnementales de la santé. Pour éviter une confusion avec les quatre environnements favorables à la santé, nous lui préférons le terme d'inégalités territoriales de la santé. On parle en effet de disparités issues de l'environnement physique, dans un milieu de vie donné. Ces inégalités territoriales viendraient renforcer les déséquilibres sociaux de santé<sup>6</sup>:

« En dépit de nombreux facteurs de risques déjà identifiés, une part des inégalités sociales de santé demeure, à ce jour, inexplicée. Dans ce contexte, les nuisances environnementales sont suspectées comme pouvant contribuer à ces inégalités.<sup>7</sup> ».

Plus couramment, l'expression utilisée est « désert médical » mais elle n'est que médiatique car dénuée de définition claire et de tout fondement. Jean-François Gravier, un géographe qui a marqué les scénarios de l'aménagement du territoire en 1947 avec un livre intitulé Paris et le désert français, est à l'origine de l'expression « désert territorial ». Le terme exact est celui de zone de sous-densité médicale, qui est plus évocateur. D'ailleurs, l'article L.1110-5 du code de la santé publique (CSP) pose que :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés. ».

C'est ici la consécration de la volonté de fournir un accès aux soins égal pour tous, libre et de qualité. L'existence de « déserts médicaux » liés essentiellement à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé appelle deux remarques liminaires. Premièrement, la notion ne renvoie à aucun contenu concret, aucune définition. Elle suppose donc la définition de critères, qui par définition sont contestables et contestés. Deuxièmement, la situation s'apprécie différemment en fonction du type de soins<sup>8</sup> (soins de 1er recours, soins de spécialistes en accès direct ou en accès spécifique dit de 2nd recours).

---

<sup>5</sup> BACHMANN (N.), BURLA (L.), KOHLER (D.), « La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques », *Rapport national sur la santé 2015*, Berne : Observatoire suisse de la santé (Obsan), 20 août 2015, 268p.

<sup>6</sup>X, Les inégalités sociales et territoriales de la santé, consulté le 11 décembre 2021.

<https://www.environnements-sante.ch/approfondir/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-la-sante/>

<sup>7</sup> PADILLA (C.), LALLOUÉ (B.), ZMIROU-NAVIER (D.), DEGUEN (S.), « Mortalité infantile, défaveur et proximité aux industries polluantes : une analyse spatiale conduite à fine échelle (agglomération de Lille, France) », *Environnement, Risques & Santé*, vol.10, n°3, 2011, 216p.

<sup>8</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.105.

Afin d'avoir une vision plus globale et une meilleure compréhension des lacunes françaises au niveau de l'accès aux soins. Cet ouvrage propose plusieurs comparatifs afin d'en tirer des leçons et de faire évoluer la situation française. Situation plus qu'alarmante depuis la crise sanitaire de 2020 qui a frappé le globe tout entier et a plongé en particulier la France en souffrance. Cet ouvrage propose alors une première étude comparative entre les départements des Hauts-de-France puis entre plusieurs régions françaises. Enfin, une autre étude comparative avec les pays étrangers, qui permettra d'innover et de prendre en considération les mesures prises par nos voisins proches ou lointains face à des problématiques d'accès aux soins similaires à notre pays.

De fait, la situation est inquiétante puisqu'elle ne concerne pas seulement les zones rurales. En effet, les zones où la population est croissante sont les mêmes où la population médicale décline. Ainsi, les zones avec une décroissance démographique significative mais également plus dynamiques, notamment des zones urbaines (la région parisienne par exemple) sont confrontées à des zones dites blanches<sup>9</sup>. Une analyse fine montre que les zones les plus fragiles ne sont pas forcément les zones rurales les plus isolées. Le maillage territorial de la médecine générale est décousu, les déserts médicaux peuvent apparaître quasiment du jour au lendemain, sous le coup d'un départ en retraite précipité, voire même d'un décès qui mettraient sous tension une zone jusque-là relativement protégée. La problématique ne se résume pas uniquement à des départs en retraite mais plutôt par l'inexistence de la relève. Les causes de ces non-renouvellement découlent de la fin d'un modèle d'exercice libéral solitaire prédominant jusqu'à lors dans les campagnes, mais aussi par la volonté d'une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle<sup>10</sup>.

La santé est un domaine où de nombreuses inégalités existent. Nous ne sommes pas tous égaux face à la maladie, à sa propagation et à son traitement. Certains patients ont beaucoup de mal à se rendre chez un médecin, tandis que d'autres disposent d'installations médicales denses à proximité. Pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste rapidement, par exemple pour des soins dentaires, il faut parfois attendre six mois, il faut sinon avoir un bon réseau ou être prêt à mettre le prix. Les défis financiers que pose parfois la maladie ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Le secteur de la santé ne peut échapper aux nombreuses inégalités qui composent la société. Les inégalités de revenus, de lieu de

---

<sup>9</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, pp.107-108.

<sup>10</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, pp.108-110.

résidence et de statut socioculturel se reflètent également dans les maladies et les retards de traitement<sup>11</sup>. Le corps porte ainsi les stigmates d'une société inégalitaire, et donc parmi toutes les inégalités, les inégalités de santé ont une résonance particulière. Une bonne santé se révèle en somme comme un avantage social élevé.

Malgré tout, les résultats sanitaires de la France sont bons. Selon diverses mesures, la population française, en particulier les femmes, a l'espérance de vie la plus élevée de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'espérance de vie la plus saine de l'Union européenne (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2016). De plus, ces indicateurs sont en constante amélioration. Cependant, le système français fait face à une pression croissante en raison d'un vieillissement accéléré de la population attendu à partir du milieu des années 2020 et d'une forte augmentation de la part des personnes de plus de 80 ans parmi les principaux bénéficiaires par habitant, soins de santé et soins de longue durée<sup>12</sup>. Les tendances des prix et les progrès technologiques peuvent également faire grimper les coûts des soins de santé.

Mais même lorsque l'état de santé général de la population s'est considérablement amélioré au fil du temps, d'importantes hiérarchies subsistent au sein de la population. La maladie est inégalement répartie dans la population. Ces inégalités ne peuvent être réduites au hasard ou à la fatalité. La loi dite HPST de 2009 a fortement insisté sur les liens entre territoire et santé. La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) a en effet entraîné un changement majeur dans le paysage de l'administration sanitaire. Ces attributions très larges de pouvoirs de gestion données à l'ARS, destinées à renforcer la gestion de la santé publique au niveau local, n'offrent pas la marge de manipulation attendue dans la première version du projet de loi HPST et sont paradoxales<sup>13</sup>. En réalité, la structure administrative de l'ARS est très centralisée. Les secrétaires généraux des ministères chargés des affaires sociales donnent des instructions directes au secrétaire général de l'ARS par le biais de réunions fréquentes à Paris. De plus, les budgets pour les soins hospitaliers et pour la prévention ou l'organisation des soins urbains sont sans doute « perdus ».

---

<sup>11</sup> BATIFOULIER (P.), DA SILVA (N.), DOMIN (J-P.), *Économie de la santé*, Paris : Armand Colin, coll. « Cursus », 2018, pp.135-136.

<sup>12</sup> X, « Chapitre 2. Améliorer l'efficacité du système de santé », *Études économiques de l'OCDE*, n°18, 2018, pp.111 à 159.

<sup>13</sup> BATIFOULIER (P.), DA SILVA (N.), DOMIN (J-P.), *Économie de la santé*, Paris : Armand Colin, coll. « Cursus », 2018, pp.135-136.

Chaque loi de santé promulguée exprime une volonté de remédier aux inégalités géographiques pour les médecins généralistes. Cependant, malgré de nombreuses mesures prises, le problème demeure. Pour en revenir à ces actions que l'État met en place depuis le début des années 2000, divers dispositifs vont au-delà des incitations financières pour se concentrer sur l'amélioration de la démographie des soins, l'optimisation du temps de soins et le renforcement des réseaux de soins. L'État a pris de nombreuses mesures au cours de la dernière décennie pour revitaliser le désert médical en embauchant de nouveaux professionnels. Par exemple, le contrat d'engagement de service public (CESP) créé en 2009 leur donne droit à des indemnités mensuelles jusqu'à la fin des études de médecine en échange de l'obligation d'exercer dans les zones où la continuité médicale a échoué. Depuis 2012, les contrats d'aides multiples au séjour en zone sensible et autres incitations fiscales pour les médecins ont eu peu de succès. Les accords et les plans de lutte contre le désert médical se sont également multipliés tous les deux à trois ans au cours de la dernière décennie. Les Pactes « Territoire Santé » de 2012 et 2015 et le plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » de 2017 ont produit peu de résultats pertinents. Un an après, plusieurs actions majeures du plan « Ma Santé 2022 » sont en bonne voie pour venir à bout du désert médical<sup>14</sup>.

Selon les dernières projections, le nombre de médecins libéraux chutera de 30 % d'ici 2027 et la densité standardisée d'ici 2023. La comparaison du comportement des praticiens dans les zones pauvres en ressources avec ceux des zones riches en ressources a initialement montré que les horaires d'activité des médecins étaient renforcés plutôt qu'allégés, ce qui semble indiquer des taux de consultation plus élevés dans les zones à faibles ressources, le total des heures travaillées par les médecins généralistes étaient relativement insensibles à la densité de médecins environnants. Il existe également des différences statistiquement significatives dans une utilisation accrue de certains médicaments, moins de références aux soins d'urgence et peut-être des examens de suivi gynécologiques de routine légèrement moins fréquents<sup>15</sup>.

*Dans quelles mesures les inégalités territoriales d'accès aux soins en France oscillent entre augmentation et solutions ?*

---

<sup>14</sup> BABINET (O.), ISGNARD BAGNIS (C.), *Les déserts médicaux en question(s)*, Rennes : Hygée Editions, coll. « Débats santé social », mars 2021, 166p.

<sup>15</sup> SILHOL (J.), VENTELOU (B.), « Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? », *Revue française des affaires sociales*, 2019, pp.213-249.

L'approche historique et géographique est d'autant plus nécessaire que les individus malades sont aussi des habitants touchés par des crises économiques, sociales ou politiques et que les territoires qu'ils peuplent sont eux-mêmes parcourus par des fractures qui menacent leur cohésion. Ainsi, de nos jours, dans un contexte de difficultés sociales, économiques et territoriales accrues, l'organisateur du système de santé doit s'efforcer de faciliter, par tous les moyens, l'exercice d'un art médical parvenu à un niveau de savoir et de moyens extraordinaires. En effet, aujourd'hui encore, comme déjà du temps d'Aristote, « nous devons nous souvenir que le progrès ne vaut rien s'il n'est pas partagé ».<sup>16</sup>

Pour analyser cette thématique, il conviendra de prendre connaissance de l'état des lieux actuel de l'accès aux soins médicaux en France (Partie I) pour comprendre pourquoi cela devient-il un enjeu important qui suscite des mesures d'amélioration. (Partie II)

---

<sup>16</sup> VIGNERON (E.), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les tribunes de la santé*, n°38, 2013, p.11.

**PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE  
L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE**



Depuis 2017, les fractures n'ont pourtant cessé de se creuser. Une partie croissante de la population peine à organiser son parcours de soins. En l'occurrence, la question des déserts médicaux et de leur impact sur l'accès des populations aux soins de santé est aujourd'hui au centre du débat public et dénote une difficulté d'accès aux soins adaptés. Elle est aussi progressivement devenue un concept opérationnel et un cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, États, assurance maladie). Enfin une réalité reconnue par les patients en quête de médecins généralistes et confrontés à de nouveaux défis d'accès aux soins. <sup>17</sup>

## TITRE 1 / LA FRANCE FACE À UNE PROBLÉMATIQUE CROISSANTE D'INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

La santé des Français est actuellement l'une des meilleures au monde. Cependant, ce bilan masque des inégalités géographiques et sociales, parfois fortes, de mortalité, de morbidité et d'accès aux soins plus généralement associées à certaines maladies. L'inégalité territoriale s'est d'abord reflétée dans l'opinion publique à travers les craintes des « déserts médicaux » et les conséquences des fermetures d'hôpitaux. Afin de rétablir l'égalité dans le traitement de la maladie, il est nécessaire d'identifier ces inégalités territoriales en matière de santé et ses causes.

---

<sup>17</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.105.

# **CHAPITRE I / LES DÉSERTS MÉDICAUX : UNE RÉALITÉ**

## **SÉCULAIRE**

La question de la désertification médicale de certains territoires en France est une problématique ancienne. Il est donc essentiel d'étudier quelle a été l'évolution de ce phénomène jusqu'à ce qu'il conduise à la situation actuelle dans le pays. De graves inégalités sociales et géographiques de santé subsistent dans notre pays. Malgré un bon état de santé, il existe des différences selon les régions et les catégories socioprofessionnelles en termes de risque de certaines maladies ou d'espérance de vie (en bonne santé). Les inégalités concernent à la fois l'exposition au risque et l'accès aux soins de santé, qu'il soit limité par des barrières financières ou une offre insuffisante.

### **SECTION I / LES ZONES DE SOUS DENSITÉ MÉDICALE : UNE PROBLÉMATIQUE ANCIENNE ET CROISSANTE**

En France, certains territoires se caractérisent par une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait de la faible mobilité ou du renouvellement des professionnels, de leur départ à la retraite, voire des difficultés d'accès à ce service : horaires de visite, délais d'attente des rendez-vous. C'est à partir de ce postulat qu'il conviendra d'analyser dans un premier temps la notion de désert médical afin de pouvoir mieux appréhender dans un second temps les signes précurseurs de cette problématique.

#### **I) L'avènement de la notion de désert médical en France**

A l'aube de l'augmentation constante des déserts médicaux en France, on peut en définir les contours (A) et mesurer leurs impacts (B) afin d'y trouver des solutions concrètes.

## A) Entre « désert médical » et « sous densité médicale »

La notion de « désert médical », provenant du langage courant et des médias dans un premier temps, a été définie comme une zone cumulant trois difficultés : une accessibilité faible aux médecins généralistes, un éloignement aux services d'urgence et une absence de pharmacie à proximité.<sup>18</sup> Le désert médical est un révélateur des difficultés d'accès aux soins, c'est-à-dire des territoires où l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Les praticiens sont en fait mal répartis sur le territoire. Dans la pratique, cela se traduit par des délais d'attente extrêmement longs et un possible renoncement aux soins non-urgents. Effectivement, quelque 8 millions de Français ne peuvent pas consulter plus de deux fois par an un médecin, faute d'en avoir un à proximité. De fait, 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes. Leur accessibilité est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant.<sup>19</sup>

La répartition des médecins depuis le XIXe siècle indique clairement que le déséquilibre de cette répartition a au moins un siècle et demi d'existence (*voir carte n°I, placée en annexe I*). Au cours de cette longue période, les positions économiques respectives des territoires ont évolué et parfois même été totalement inversées, notamment sous l'effet des mutations industrielles. Le concept du médecin traitant, comme pivot du système de soins a pendant longtemps été une construction médico-administrative, conçu dans le cadre du parcours de soins instauré par la loi de 2004. Il a permis de formaliser le parcours de soins et a surtout été un moyen, pour les partenaires conventionnels d'instaurer une évolution des modes de rémunération des médecins. Mais aujourd'hui avec les tensions liées à la démographie médicale, l'accès au médecin traitant devient crucial. Ainsi, ce sont les conciliateurs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui sont saisis lors de difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un rendez-vous<sup>20</sup>. Ce rôle a été confirmé par la convention médicale de 2016 en lien avec les différents Conseils de l'Ordre.

---

<sup>18</sup> RECORBET (S.), « Où sont les déserts médicaux dans nos départements ? », leprogres.fr, 12 décembre 2020 mis à jour le 21 décembre 2020, 6p.

<sup>19</sup> LEGENDRE (B.), « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », *Études et Résultats*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), n°1144, 14 février 2020 mis à jour le 21 décembre 2020, pp.1-6.

<sup>20</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.111.

Afin d'avoir une idée plus précise de l'envergure de la problématique, il est intéressant de lister les assurés qui avaient déclaré un médecin traitant mais qui aujourd'hui n'est plus en activité. Cette analyse permet de cerner la population, pour qui l'absence d'un médecin traitant ne relève pas d'un choix mais est subie. En effet, il reste des exceptions dans le sens où le choix de déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire<sup>21</sup>.

## **B) Repérer les déserts médicaux : création de l'indicateur APL**

Un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été créé en 2012 permettant de tenir compte de la proximité des médecins et de leur disponibilité. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale. Ainsi, plus précisément, une zone sera considérée comme un désert médical si l'APL aux médecins généralistes est inférieure à 2,5 (estimation du nombre de consultations possibles par an par habitant). Ce critère, plus précis que celui de la seule densité médicale, tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, mais aussi du niveau d'activité des médecins ainsi que de la structure par âge de la population qui influence les besoins de soins (données livrées en 2018). Mais aussi, si la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de trajet motorisé (données datant de 2019), et si le premier établissement de soins d'urgence est situé à plus de 30 minutes de trajet motorisé (données 2019).<sup>22</sup>

Dans le cadre des zonages régionaux, c'est le territoire de vie qui a été retenu pour tenir compte des mobilités avec le même seuil d'accessibilité (inférieur à 2.5 consultations par an). Par ailleurs, chaque ARS possède une marge de manœuvre régionale, pour sélectionner des territoires considérés fragiles dont l'avenir paraît dommageable. Au total, les nouvelles zones d'intervention prioritaire ou zones sous dotées, ne représentent pas plus de 18 % du total de la population<sup>23</sup>. Les premiers acteurs à avoir tenté de dévier et résorber ces inégalités d'accès aux soins sont les acteurs de terrain, tels que les élus locaux et les maires de communes rurales, ces dernières étant touchées par le départ en retraite d'un ou plusieurs médecins<sup>24</sup>. Alors même que la santé n'est pas une compétence communale obligatoire, ils ont cherché des solutions qui passent par la mise à disposition de logements, l'appel aux

---

<sup>21</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.113.

<sup>22</sup> VERGIER (N.), CHAPUT (N.), LEFEBVRE-HOANG (I.), « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, DREES, n°17, mai 2017, p.43.

<sup>23</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.110.

<sup>24</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.111.

cabinets « chasseurs de tête », la création de « maisons médicales ». En dépit de leurs efforts, les résultats sont inégaux, voire décevants.

Les politiques de correction des inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé se sont développées depuis le début des années 2000 avec des résultats, pour l'instant, mitigés. Les acteurs publics sont intervenus dans un premier temps à tâtons de manière peu coordonnée, pour aboutir aujourd'hui à la mise en œuvre de stratégies plus cohérentes mais toujours fondées sur des outils incitatifs et non contraignants<sup>25</sup>.

## **II) Les signes de l'aggravation de la couverture médicale française**

Au cours de la dernière décennie, l'accès aux soins pour une partie de la population française apparaît de plus en plus complexe et fait craindre une aggravation. Ce phénomène préoccupant s'explique notamment par plusieurs facteurs (B) et les gouvernements successifs (A) ont tenté d'enrayer le phénomène à coup de réformes et mesures successives.

### **A) Des mesures gouvernementales nécessaires face à une situation alarmante**

En 2009, le projet de loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) obligeait les jeunes médecins à s'installer pendant 5 ans minimum dans une zone sous médicalisée, cependant cela a été retiré lors des débats. Pour faire face à cet enjeu crucial des déserts médicaux, le ministère s'est alors engagé de manière volontariste à partir de 2012 avec un Pacte territoire santé. En 2015 un second pacte est proposé par la ministre de la Santé Agnès Buzyn afin d'amplifier les actions qui ont fait le succès du pacte territoire santé 1 surtout en augmentant le nombre de médecins, mais également le nombre de médecins libéraux enseignants (*voir graphiques n°I et II, placés en annexe II*).

En outre, notre système de santé a été modernisé par la loi du 26 janvier 2016, au sens de l'article L.1434-4 du CSP, elle incite les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous-denses sans réelle obligation. De plus, en septembre 2018 le président de la République Emmanuel Macron a annoncé un nouveau plan Ma santé 2022 proposant des réponses aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Ce nouveau plan prend en compte des inégalités dans l'accès aux soins puisque de plus en plus de français connaissent des

---

<sup>25</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.110.

difficultés à accéder à un médecin et sont donc parfois contraints de se rendre aux urgences. En effet, l'Etat fait bénéficier à certaines zones dites de revitalisation rurale un certain nombre d'exonérations fiscales et sociales, afin de les rendre plus attractives et permettre de combler les manques de traitement de leurs habitants.

« 30 minutes ». C'est la durée limite pour prendre en charge une crise cardiaque, un infarctus ou encore un AVC. Un seuil critique, qui, s'il est dépassé, peut faire perdre des chances de survie au patient ou accroître les séquelles à long terme pour ce dernier. La garantie d'un accès aux urgences en moins de 30 minutes était une des promesses de campagne de François Hollande en 2012, qu'il s'était engagé à tenir avant la fin de son quinquennat en 2017. À l'époque, selon le ministère de la Santé, 2 millions de personnes se trouvaient à plus d'une demi-heure d'un service d'urgences. Un chiffre aujourd'hui passé à 6 millions, d'après une étude sur la santé en milieu rural, publiée par l'Association des maires ruraux de France le lundi 15 mars 2021<sup>26</sup>. Pour cause, des fermetures contraintes ces dix dernières années d'une dizaine de services d'urgences et de réanimation situés en zone rurale en raison d'un manque de personnel, lequel fuit les hôpitaux en zone rurale, souvent sous dotés en termes de moyens humains et matériels.<sup>27</sup>

Les inégalités en matière d'accès aux soins ne cessent de croître au cours des années, du fait notamment du vieillissement de la population, de la hausse des maladies chroniques ou encore, d'une offre médicale disparate au sein du territoire.

## **B) Distinction de deux profils spécifiques : amplificateurs de la désertification médicale**

Cette inégalité d'accès aux soins s'explique tout d'abord par une hausse des besoins de soins, liée à deux phénomènes. Le premier étant un vieillissement de la population: actuellement, les plus de 60 ans représentent plus d'un quart de la population française (27%) ; cette part passera à près d'un tiers dans 30 ans (32%). Pour comparer sur les 20 dernières années : en 2000 en France, 20,4% de la population avait plus de 60 ans contre 26,1% en

---

<sup>26</sup> CUORDIFEDE (C.), « Déserts médicaux : près de 10 % des Français vivent à plus d'une demi-heure d'un service d'urgence », marianne.net, 15 mars 2021.

<sup>27</sup> CUORDIFEDE (C.), « Déserts médicaux : près de 10 % des Français vivent à plus d'une demi-heure d'un service d'urgence », marianne.net, 15 mars 2021.

2021. Même constat pour les plus de 75 ans qui représentaient 7,1% de la population en 2000 et 9,5% en 2021 (voir tableau n°I et graphiques n°III et IV, placés en annexe III).

Le deuxième phénomène expliquant la hausse du besoin d'accès au soin étant le développement des affections de longue durée (ALD) et des polyopathologies. Historiquement, la question de la prise en charge des maladies chroniques a été liée à celle des ALD qui comporte un caractère de gravité. Il est cependant nécessaire de ne pas confondre ces deux notions.<sup>28</sup> Une maladie chronique est selon le ministère des solidarités et de la santé « *une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne.* » Les ALD sont des maladies chroniques mais toutes les maladies chroniques ne sont pas des ALD et n'ouvrent donc pas au patient un droit à une exonération totale de ses dépenses de santé.<sup>29</sup> Entre 2008 et 2018, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques a augmenté de 40%. Plus du tiers de la population (35%) soit 21 millions de personnes serait concerné par les pathologies et traitements chroniques.<sup>30</sup> En effet, les progrès de la médecine de ces dernières années ont amené un phénomène de chronicisation des pathologies.

La problématique de la sous dotation médicale au sein de certains territoires est donc ancienne et ne cesse de croître. Cependant pour clairement définir les causes et les conséquences de cette crise, il est nécessaire d'en étudier sa situation actuelle.

---

<sup>28</sup> CHASSANG (M.), GAUTIER (A.), *Les maladies chroniques*, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la Section des affaires sociales et de la santé, JO du 5 juin 2019, p.24.

<sup>29</sup> DE CHAMBINE (S.), MORIN (A.), « Protocolisation et qualité du parcours de soins dans le dispositif des affections de longue durée », in *Les maladies chroniques, Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, n°72, septembre 2010, pp.25-28.

<sup>30</sup> KAHINA, « Des inégalités d'accès aux soins encore trop importantes et qui risquent de s'accroître à l'avenir, selon la Mutualité française », *previssima.fr*, 12 octobre 2020, 3p.

## SECTION II / LES DIFFÉRENTS FACTEURS ENTRAÎNANT LA DÉSSERTIFICATION MÉDICALE ACTUELLE FRANÇAISE

Des travaux plus récents montrent que les inégalités territoriales de santé se croisent aussi avec des inégalités socio-économiques. Des facteurs qui lorsqu'ils se chevauchent entraînent une descente aux enfers pour les soins nécessaires des populations concernées.

### **D) Croisement des inégalités territoriales et socio-économiques de santé**

Aujourd'hui, le risque d'exclusion de certains territoires est avéré, d'autant que l'indicateur APL ne prend pas en compte les différences de niveau socio-économiques des populations (A). Ainsi bon nombre de zones urbaines et populaires ne relèvent pas de ce zonage parce qu'elles dépendent de territoires jugés non prioritaires, alors qu'elles concentrent des inégalités sociales impactant l'accès aux soins (B).<sup>31</sup>

#### **A) Les différences de niveau socio-économique des populations, facteur impactant l'accès aux soins**

L'inégalité sociale en matière de santé fait référence aux différences de niveau de santé entre les individus, et non à des facteurs biologiques individuels. De nombreux modèles tentent de déterminer ces facteurs et leur poids dans l'explication des inégalités sociales de santé<sup>32</sup>. Il en existe plusieurs, premièrement le contexte socio-économique (qui concerne l'âge, l'ethnie, le genre, la profession, le revenu, l'environnement), deuxièmement les politiques publiques, mais aussi l'offre de soins inégalitaire, la culture et les valeurs de la société.<sup>33</sup> La plupart des modèles insistent sur l'importance de l'appartenance à une certaine catégorie sociale, d'autres insistent plus spécifiquement sur la conception pendant l'enfance et d'autres encore mettent l'accent sur les normes culturelles, en particulier pour les personnes issues de l'immigration. Le gradient social de santé traduit le fait que plus le niveau des conditions de vie d'un individu est élevé, plus son niveau de santé est élevé, et inversement<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> FRELAUT (M.), « Les déserts médicaux », *Regards*, n°53, 2018, p.110.

<sup>32</sup> HELMI (S.), MARESCA (B.), *Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé, Cahier de recherche*, Crédoc, n°320, décembre 2014, p.12.

<sup>33</sup> FHP MCO, « Les inégalités territoriales d'accès à la santé », *Actus santé*, 22 février 2018, 4p.

<sup>34</sup> HELMI (S.), MARESCA (B.), *Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé, Cahier de recherche*, Crédoc, n°320, décembre 2014, p.12.



De nombreuses études ont mis en évidence l'impact des déterminants sociaux sur la santé<sup>35</sup>, comme les personnes vivant dans les zones les plus pauvres ayant une moindre chance de survie après avoir développé un cancer<sup>36</sup>. L'hospitalisation et la mortalité liées à certaines maladies cardiovasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) augmentent lorsque le niveau socio-économique d'un patient diminue. Il est plus difficile pour les groupes socialement défavorisés d'arrêter de fumer, et ils sont aussi plus consommateurs de tabac que le reste de la population, même s'ils sont aussi désireux que tout le monde. Les inégalités sociales de santé commencent dès l'enfance et peuvent persister tout au long de la vie. Par exemple, les enfants et les adultes ont des taux de surpoids plus élevés dans les ménages les moins éduqués, et la France a été l'un des premiers pays au monde à observer une moyenne stable. En l'occurrence, les personnes qui se trouvent en situation de vulnérabilité économique sont souvent plus à risque de se retrouver dans une zone de sous densité médicale. Elles manquent d'ailleurs parfois des moyens qui leur permettraient d'accéder aux soins, tel qu'un véhicule pour se déplacer au cabinet médical ou un ordinateur pour accéder aux services de télémédecine.

Un autre facteur pouvant expliquer les inégalités sociales de santé tient à l'organisation et au fonctionnement du système d'Assurance Maladie.

## **B) L'organisation et le fonctionnement du système d'Assurance Maladie, facteur d'inégalité sociale à ses dépens**

Le système de santé agit comme un pare-feu contre les inégalités. Cependant, s'il peut aussi conduire à des inégalités sociales de santé, notamment du fait de l'effet de seuil, tous les Français n'ont pas la même assurance maladie. Même si la France bénéficie d'une couverture universelle de la Couverture Maladie Universelle (CMU), une partie de la population ne bénéficie pas d'une complémentaire santé, ou la qualité de la couverture est faible ou

---

<sup>35</sup> X, « Les inégalités sociales et territoriales de santé », consulté le 15 février 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20et%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20concernent%20toute%20la,aux%20personnes%20les%20plus%20d%C3%A9munies.>

<sup>36</sup> TRON (L.), *Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France*, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Étude du réseau Francim, n°5, 2021, p.81-93.

mauvaise, et ces personnes sont plus susceptibles de renoncer aux soins. Les systèmes de protection et d'assurance maladie sont fortement corrélés aux inégalités sociales de santé<sup>37</sup>.

Selon la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la contribution des 10% les plus riches au régime obligatoire est 14 fois supérieure à celle des 10% les plus pauvres<sup>38</sup>. Cet écart de contribution est proche de l'écart observé entre les niveaux de vie. Cela signifie que les personnes les plus riches et les plus modestes financent l'assurance maladie publique au prorata de leurs revenus. Cependant, la DREES note que pour être encore plus équitable, la répartition pourrait être moins équilibrée, avec plus de contributions des plus riches et moins des plus pauvres. Il convient également de noter que le fait que les moins nantis reçoivent proportionnellement plus d'allocations ne doit pas être considéré comme une bonne nouvelle. Cela montre également que ces ménages ont besoin de plus de soins et sont donc en moyenne en moins bonne santé que le reste des ménages<sup>39</sup>. La DREES met en avant le fait que les dépenses de santé continuent de peser lourdement sur ces ménages, avec un débours plus important par rapport aux plus riches. Certes leur niveau de remboursement est élevé, mais comme leurs revenus sont faibles, le reste à payer sera plus conséquent.

En l'absence de mesures correctrices, cela présage d'une aggravation des inégalités territoriales d'accès aux soins à l'avenir.

## **II) La désertification médicale, une réalité de plus en plus constatée**

C'est une période difficile prévisible pour une dizaine d'années, mais garder ou attirer des médecins passe par une phase de diagnostic du territoire (A) dans lequel il faut mieux associer élus et professionnels (B)<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> HELMI (S.), MARESCA (B.), *Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé, Cahier de recherche*, Crédoc, n°320, décembre 2014, p.12.

<sup>38</sup> BAS LORANT (Q.), « Santé : l'assurance maladie réduit-elle les inégalités ? », consulté le 17 mai 2022. [https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-in-egalites\\_140286.html](https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-in-egalites_140286.html)

<sup>39</sup> BAS LORANT (Q.), « Santé : l'assurance maladie réduit-elle les inégalités ? », consulté le 17 mai 2022. [https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-in-egalites\\_140286.html](https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-in-egalites_140286.html)

<sup>40</sup> RICHARD (P.), « Déserts médicaux : “Pas de miracle mais...” », consulté le 11 juin 2022. <https://www.ouest-france.fr/sante/deserts-medicaux-pas-de-miracle-mais-750fdb8e-c701-11ec-85c7-ebe232218271>

## **A) La dynamique d'une zone en sous densité en raison de départs en retraite et de l'attractivité du territoire**

L'âge moyen des médecins inscrits en France métropolitaine est de 57.5 ans, cela revient à une augmentation de 1 en un an (*voir cartes n°IV et V, placée en annexe V*). Pour se situer, le minimum s'élève à 53.6 ans et le maximum à 61.4 ans. Actuellement, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 50.4% de l'ensemble des inscrits et les moins de 40 ans représentent 18.2% de ces effectifs. En 2010, les proportions étaient respectivement de 30.7% de plus de 60 ans et 13.8% de moins de 40 ans.

Concernant l'attractivité des départements, en un an, le département métropolitain qui apparaît le plus attractif est la Haute-Loire (3.5%) et le moins attractif la Meuse (-7.3%) (*voir carte n°VII, placée en annexe VII*). Le nombre de médecins généralistes a baissé de 0.9% depuis 2020 et de 9% depuis 2010. La croissance annuelle moyenne est de -0.9%. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins généralistes en activité régulière (*voir graphique n°V et carte n°VIII, placés en annexe VII*).<sup>41</sup> D'autre part, les départs à la retraite ont été multipliés par six en dix ans. Ce phénomène est dû au niveau insuffisant du *numerus clausus* dans les années 1990, c'est-à-dire le nombre d'étudiants en médecine accédant à la 2ème année.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins 61.5% des effectifs des médecins sortants partent pour la retraite, 6.6% pour arrêt temporaire d'activité, 4.7% pour changement de spécialités et enfin 27,2% pour radiation. Depuis 2010, on observe, par groupe de spécialités, une augmentation de la proportion du nombre de départs en retraite sans activité du fait du vieillissement du corps médical (+34.3%) et 3.3% depuis 2019. La proportion des arrêts temporaires d'activité et des changements de spécialité continuent de baisser (*voir graphique n°VI, placé en annexe VIII*).

En outre, les communes rurales sont les plus touchées par les déserts médicaux, mais le phénomène s'étend de plus en plus vers les communes urbaines.

---

<sup>41</sup> BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, p.47.

## **B) Répartition de la démographie médicale entre les territoires ruraux et urbanisés**

Au 1er janvier 2021, selon l'Atlas de la démographie médicale en France par le Conseil National de l'Ordre des médecins, 312 172 médecins sont inscrits à l'Ordre des médecins (*voir tableau n°II et carte n°II, placés en annexe IV*). Ces 312 172 médecins inscrits, soit 1.6% de plus qu'en 2020 (5 042 médecins) et 19.4% de plus qu'en 2010 (50 794), se répartissent de manière hétérogène au sein des départements.<sup>42</sup>

On observe grâce à cet Atlas que les départements qui gagnent en une année des médecins inscrits sont ceux bénéficiant de l'effet de métropolisation (*voir carte n°III, placée en annexe IV*). A l'inverse, ceux observant une diminution du nombre de leur inscrits sont davantage en marge rurale ou en frange littorale. Aussi, le dynamisme observé témoigne d'une part du poids démographique départemental mais aussi des logiques de flux dans les choix des premières inscriptions.<sup>43</sup> Le nombre de praticiens formés par an a largement baissé, en d'autres termes 8.000 nouveaux praticiens par an ces dernières années, contre 13.000 dans les années 1970. Durant l'année 2020, 8266 médecins se sont inscrits pour la première fois soit une diminution de 5.3% depuis 2019. 86.2 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre sont titulaires d'un diplôme d'une faculté française, 6.8% d'une faculté extra union européenne et 7.1% d'une université européenne (*voir diagramme n°II, placé en annexe VII*).<sup>44</sup>

Afin de mieux appréhender la problématique, il semble nécessaire de prendre en compte les impératifs et les contraintes propres à un territoire. C'est pourquoi l'exemple de la région Hauts de France semble judicieux. En effet, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a cartographié les zones dites de désert médical dans la région et il s'avère que 70% de la population des Hauts-de-France se retrouve dans cette zone. Cela concerne même 9 habitants sur 10 dans le seul département du Pas-de-Calais.

---

<sup>42</sup> BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, p.17.

<sup>43</sup> BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, p.21.

<sup>44</sup> BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, p.118.

# CHAPITRE II / FOCUS SUR LES INÉGALITÉS

## TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES

### HAUTS DE FRANCE

Dans certains endroits du Pas-de-Calais (bassin minier), il ne vaut mieux pas avoir une urgence médicale. Selon le secteur, il faut parfois plus d'une demi-heure de voiture pour dénicher un généraliste. Les vrais déserts médicaux sont qualifiés de « zones d'intervention prioritaires » par l'ARS. Les habitants des Hauts-de-France (HDF) sont particulièrement touchés par les difficultés d'accès aux soins. Selon un sondage BVA<sup>45</sup> commandé par la délégation régionale de France Assos Santé, près de deux habitants sur trois (60%) ont déjà dû reporter ou renoncer à des soins pour des raisons financières ou par manque de médecins disponibles. Pour faire un comparatif à l'aide du tome 1 de l'Atlas de la démographie médicale en France, en 2021, il y avait environ 5388 médecins généralistes libéraux dans les HDF pour 5,97 millions d'habitants ; contre 1977 médecins généralistes libéraux en Centre Val de Loire pour 2,56 millions d'habitants. Et pour finir, en 2021, 47 803 médecins généralistes libéraux exercent en France pour 65,23 millions d'habitants.

## SECTION I / L'INÉGALITÉ TERRITORIALE D'ACCÈS AUX SOINS : PRIORITÉ DE L'ARS HDF

Pour rappel, le zonage est la cartographie qui fait référence pour allouer, de façon graduée, les différentes aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Les effets du zonage bénéficieront à 3,8 millions d'habitants de la région. Sa finalité est donc d'identifier les territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant, afin d'inciter ces professionnels de santé à y exercer. Le zonage avait déjà fait l'objet en 2018 d'un grand travail d'adaptation mené par l'ARS et les représentants des médecins. À cette période il avait permis de proposer un zonage mieux adapté à la réalité de terrain observée en région, en tenant compte non seulement de la densité et de l'âge des médecins, mais aussi des dynamiques d'installations et de départs<sup>46</sup>...

---

<sup>45</sup> BVA Group est une société française d'études et de conseil, experte en sciences comportementales, classée parmi les 20 premières au monde.

<sup>46</sup> X, « L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

## **I) Renforcer et améliorer l'offre de soins des HDF**

Le premier ministre Edouard Philippe et la ministre de la santé Agnès Buzyn ont présenté en octobre 2017 un plan pour renforcer l'accès territorial aux soins. Les ARS sont chargées de son pilotage et, selon les cas, de faciliter, d'encourager ou de coordonner des initiatives locales (A). L'une des priorités de l'ARS HDF est de renforcer l'offre de soins dans les territoires en manque de médecins. Pour cela, l'ARS fait évoluer le zonage médecin généraliste et finance de nouvelles aides à l'installation et au maintien de ces derniers (B).

### **A) Vers une présence médicale et soignante pérenne : les mesures mises en oeuvre par l'ARS**

Un plan d'accès aux soins dans les HDF a été présenté en octobre 2017, plan qui permettra le renforcement de l'accès territorial aux soins. Ce plan se développe en plusieurs points, premièrement, en développant des consultations améliorées pour limiter les déplacements des patients et faciliter l'accès aux soins spécialisés. La consultation avancée offre la possibilité aux médecins de travailler en rotation (en cabinet libéral, en hôpital, etc.) dans un territoire où la densité médicale est majoritairement faible<sup>47</sup>. C'est un type de consultation au plus près du patient qui a été mis en place dans les HDF. Le plan va permettre aussi de généraliser le contrat du médecin assistant pour consolider le temps médical. Aujourd'hui, ce contrat permet à des stagiaires d'effectuer des stages dans des zones touristiques ou en cas d'épidémie, en appui temporaire d'un médecin préinstallé. Demain, cette capacité sera étendue à toutes les zones à faible densité.

Puis, le plan va favoriser les stages ambulatoires pour les professionnels de santé en formation. L'essor des stages en ville pour la médecine générale et d'autres spécialités a permis de faire connaître la libre pratique. Dans les HDF, 100% des étudiants externes en médecine effectuent un stage chez un médecin généraliste et 460 internes de médecine générale accueillent des internes<sup>48</sup>. Sans oublier, le développement de la coopération entre les professionnels de la santé pour offrir de meilleurs services à la population afin d'optimiser le temps d'examen médical et de traitement et favoriser le développement de nouveaux métiers.

---

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>

<sup>47</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

<sup>48</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

Le dispositif actuel sera simplifié et élargi pour permettre plus de collaboration entre médecins et assistants médicaux à partir de 2018. 12 protocoles de collaboration sont autorisés à ce jour dans les HDF, sur les vaccinations, la radiologie et l'ophtalmologie<sup>49</sup>.

Ce plan prévoit aussi de continuer à créer des postes « d'assistants conjoints » entre la ville et l'hôpital. Ce dispositif permet à tous les jeunes médecins fraîchement diplômés d'exercer aussi bien en milieu hospitalier qu'en cabinet, MSP, centres médicaux... dans une zone de faible densité. Il fera l'objet d'une démarche conjointe entre l'ARS, les hôpitaux, les collectivités territoriales et l'Union Régionale des Professionnels de Santé. En 2017, 40 postes d'assistants mutualisés ont été financés par l'ARS sur l'ensemble des établissements. Enfin, l'aide à l'installation et à l'exercice par des médecins va être renforcée dans les zones à faible densité médicale. Dans les HDF, le nombre de CESP signés a été multiplié par 4 depuis 2012, avec 223 contrats signés.

Après neuf mois de mise en œuvre, le premier bilan en septembre 2019 de ce nouveau zonage avait révélé des effets positifs avec près de 25 territoires qui ont connu une évolution favorable de l'offre de soins, afin de continuer dans la même lancée, l'ARS HDF met en place quelques initiatives supplémentaires<sup>50</sup>.

## **B) Les initiatives supplémentaires prises par l'ARS HDF**

Une des initiatives prises par l'ARS HDF est la mise en place d'une filière d'excellence santé, pour favoriser l'accès aux études médicales. En effet, depuis 2016, plus de 400 lycéens de 1ère et terminale bénéficient de la filière d'excellence santé avec un taux de réussite équivalent aux autres étudiants<sup>51</sup>. Cette filière permet de lutter contre la pénurie de médecins sur certains territoires. Co-fondée par l'ARS et le Rectorat, en partenariat avec l'Université de Picardie, elle accompagne des jeunes du lycée à la première année commune d'études de santé (PACES), pour augmenter leurs chances de réussite. Ainsi, l'objectif est

---

<sup>49</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

<sup>50</sup> X, « L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>

<sup>51</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

qu'en ayant leurs familles et leurs relations amicales dans le quartier, ces futurs professionnels de la santé seront plus enclins à s'y installer<sup>52</sup>.

De plus, l'ARS participe chaque année à l'accueil des nouveaux internes en présentant dans les facultés l'ensemble des dispositifs auxquels ils ont droit. En effet, un « forum professionnel » est organisé en collaboration avec l'Assurance Maladie, des représentants d'experts et des institutions médicales de la région<sup>53</sup>. Grâce à l'appui de l'ARS, la télé-médecine est désormais une réalité dans les HDF. Plusieurs expérimentations ont été mises en place et financées par celle-ci, avec d'une part une expertise à distance pour détecter les tumeurs cutanées dans l'Aisne, l'Oise et la Somme : grâce à ce dispositif, 91 médecins généralistes peuvent solliciter à distance des spécialistes auprès de confrères dermatologues. D'autre part, pour la prise en charge des plaies chroniques ou complexes en Sud Avesnois, entre les trois MSP et le centre hospitalier Sambre Avesnois. La télé-imagerie a aussi été expérimentée, la télétransmission de photos et de données médico-administratives réalisées par un orthoptiste à une équipe d'ophtalmologistes permet une lecture à distance et de ce fait le dépistage de la rétinopathie diabétique.

L'ARS a lancé en 2022 une seconde programmation pour le déploiement d'actions structurelles qui interviennent concrètement sur les inégalités sociales de santé. Au total, 14 programmes répartis sur l'ensemble du territoire francilien seront soutenus pour un montant total de 1 793 281€.

---

<sup>52</sup> X, « PACES : la filière d'excellence santé », consulté le 20 juillet 2021.

<https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/paces-la-filiere-dexcellence-sante>

<sup>53</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>



## **II) Mesures incitatives et réformes organisationnelles**

La finalité du zonage est d'identifier les territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant (A), afin d'inciter ces professionnels de santé à y exercer (B).

### **A) Création et financement de nouvelles mesures d'accompagnement pour l'installation et le maintien des médecins**

Au 1er janvier 2020, l'agence améliore de nouveau le zonage existant en créant la Zone d'Accompagnement Régional dite la ZAR. Elle vient donc s'ajouter aux zones d'intervention prioritaire (ZIP) et aux zones d'action complémentaire (ZAC). Les ZIP représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Les ZAC sont fragiles aussi mais à un niveau moindre que les ZIP.

L'ARS a décidé de créer et de financer de nouvelles mesures d'accompagnement pour l'installation et le maintien des médecins dans les ZAC et dans les nouvelles ZAR. Premièrement, une aide financière de 50 000 € versée dès l'installation du professionnel, pour faire face aux frais générés par le début d'activité. Mais aussi une rémunération garantie de 6 900 € brut par mois pendant 2 ans pour les primo-installations, assortie d'une garantie assurantielle en cas de congés maternité et d'arrêt maladie. Et pour finir une aide de 5 000 € par an sur 3 ans pour favoriser le maintien en exercice des médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée.<sup>54</sup> De plus, l'ARS a prévu des CDI contractuels de trois ans rémunérés à partir de 4.000 euros net. Ces derniers sont négociables en fonction de critères tels que l'expérience. Il faut croire que le Pas-de-Calais a visé juste puisque les candidatures affluent, de jeunes diplômés mais aussi de médecins plus expérimentés. Les personnes retenues exerceront dans des maisons médicales à Oye-plage, Audruicq et Sallaumines.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup>X, « L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>

<sup>55</sup> LIBERT (M.), « Pas-de-Calais : Médecins, pour combien iriez-vous exercer dans un désert médical ? », 20minutes.fr, 18 février 2021.

Avec la création de ces trois nouvelles aides financées par l'ARS pour les ZAC et les ZAR, l'ensemble des zones (ZIP, ZAC et ZAR) sont désormais éligibles aux principales aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Les ZIP conservent l'exclusivité des exonérations fiscales. Avec l'augmentation du nombre de territoires éligibles et la création de nouvelles aides, c'est plus de 3,8 millions d'habitants des HDF qui pourront bénéficier des effets du zonage, dont 1,5 million d'habitants supplémentaires grâce à la création des Zones d'accompagnement régional (ZAR). Les ZAR profitent aux 5 départements de la région, à l'image de l'Aisne où près de 100% du territoire est désormais éligible aux aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Calais, Creil, Château-Thierry, Albert ou encore Dunkerque font notamment partie des communes pour lesquelles les médecins peuvent désormais bénéficier de ces aides.

Ainsi, les travaux menés par l'ARS ont permis de proposer un zonage mieux adapté à la réalité de terrain, mais aussi du parcours professionnel afin de prétendre à une meilleure organisation des professions de santé.

## **B) Favoriser une meilleure organisation des professions de santé**

De 1996 à 2014, le nombre de visites aux urgences a presque doublé, passant de 10 à près de 20 millions par an. Selon la DREES, les  $\frac{3}{4}$  de ces visites ont lieu pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux en semaine. Dans 43% des cas, l'accès aux urgences aurait pu être assuré en ville. L'ARS va lancer, avec des spécialistes, des organismes pour assurer sur chaque territoire une offre de soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets, ainsi que le samedi matin<sup>56</sup>.

Trois dispositifs d'accompagnement sont assurés par l'ARS, premièrement le guichet unique départemental, créé dans l'Aisne en 2014. Il permet aux médecins et infirmiers libéraux de s'informer et de réaliser toutes les démarches d'installation au même moment et dans un même lieu<sup>57</sup>. Deuxièmement, le correspondant installation, depuis 2013, il

---

<sup>56</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

<sup>57</sup> X, « Un guichet unique d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé », consulté le 10 juillet 2022.

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/un-guichet-unique-dorientation-et-daccompagnement-des-professionnels-de-sante>

accompagne les professionnels dans le processus d'installation (présentation des aides, aide aux démarches, etc.), aux moments clés de leur parcours professionnel, des sujets ou dans leurs projets, en s'appuyant sur leur réseau (Ordonnances, assurance maladie, doyen d'université, etc.), dans les HDF, ce correspondant répond à environ 1 000 sollicitations par an. Puis, troisièmement, le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)<sup>58</sup>. Il informe et accompagne tous les professionnels de santé primaires, en formation ou en exercice, à différents moments clés de leur carrière : formation initiale, exercice de choix de schéma thérapeutique, mise en place de projets d'exercices coordonnés...

Afin de réellement favoriser et obtenir une meilleure organisation des professions de santé au sein des HDF, il faut soutenir la croissance des MSP, des centres de santé et de toutes les formes d'exercices coordonnés. Pour les patients, être suivis par des spécialistes travaillant en équipe facilitera l'accès aux soins lorsqu'ils en ont besoin. Cela lui permet également de bénéficier d'une combinaison de soins, qui allie qualité et sécurité. Parmi les structures d'exercices interarmées, et sous l'impulsion de l'ARS, la MSP est en plein essor dans la région. Il regroupe des professionnels de la santé (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) qui ont choisi de travailler ensemble et de collaborer au sein d'une même structure, pour apporter aux populations une prise en charge la plus complète possible<sup>59</sup>. Les MSP des HDF ont été multipliés par quatre entre 2010 et 2017, à savoir 81 ouvertures et 105 projets en cours.

Dans les HDF, les chiffres ne vont pas en s'améliorant d'année en année, par exemple dans les zones rurales, les médecins généralistes peinent de plus en plus à trouver un successeur.

## SECTION II / ETUDE COMPARATIVE DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES DÉPARTEMENTS

Les HDF dans leur globalité sont complexes face à la problématique des inégalités d'accès aux soins, ainsi une étude comparative des départements entre eux peut être riche en informations pour permettre l'innovation du territoire national.

---

<sup>58</sup> X, « Le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) », consulté le 3 mars 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-portail-daccompagnement-des-professionnels-de-sante-paps-0>

<sup>59</sup> X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 février 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

## **D) Un constat alarmant au sein de la région HDF**

La densité décroît, les médecins généralistes vieillissent... Les déserts médicaux se multiplient dans les HDF, et la région est un mauvais élève par rapport à ses voisins. L'ARS a cartographié les zones dites de désert médical dans la région et il s'avère que 70% de la population des HDF se retrouve dans cette zone<sup>60</sup>.

### **A) Etat des lieux dans les départements des HDF**

La région HDF compte un peu plus de 6 millions d'habitants. Elle se caractérise par une population assez jeune, mais avec une évolution marquée ces dernières années de la population des plus de 75 ans. Autre facteur marquant : la fragilité sociale, plus évidente qu'ailleurs en France, quelle que soit la métrique utilisée. Enfin, tant en termes de mortalité que de morbidité (surtout en cas de maladie prolongée), la région présente des indicateurs de santé moins bons que le reste du pays. Par conséquent, le pourcentage en soins de santé de médecine générale est généralement supérieur à la moyenne nationale et la densité de médecins généralistes est comparable à la moyenne nationale. Il existe cependant de fortes disparités régionales, avec des difficultés d'accès aux soins plus prononcées dans certaines régions, notamment dans les facultés de l'Aisne, de l'Oise et du Pas-de-Calais<sup>61</sup>

A la suite de la publication de la nouvelle carte de zonage « médecin généraliste », l'ARS Hauts-de-France a affirmé que « le renforcement de l'offre de soins dans les territoires en manque de médecins est une priorité absolue », dans un communiqué publié le 26 avril 2022. Par conséquent, les zones en manque de ressources médicales se sont agrandies et ont attiré 800 000 habitants de plus, par rapport à la précédente carte de zonage, publiée en 2018, la population va donc passer de 3,8 millions à 4,6 millions. D'ailleurs, 72,4% de la population de la région vit actuellement dans la zone d'aide pour l'installation et le maintien des médecins généralistes, contre 64,8% auparavant<sup>62</sup>. Les grandes villes ne font pas exception.

---

<sup>60</sup> DESMAS (M.), « Hauts-de-France : en ville comme à la campagne, les déserts médicaux gagnent du terrain », consulté le 25 janvier 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/hauts-france-ville-campagne-deserts-medicaux-gagnent-du-terrain-1625995.html>

<sup>61</sup> ARS, « Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux dans les Hauts-de-France », *Pacte Territoire Santé*, février 2017, p.3.

<sup>62</sup> JUANOLE (L.), « Hauts-de-France : les zones médicalement sous-dotées concernent 800 000 habitants supplémentaires », *legeneraliste.fr*, 13 mai 2022.

Pourtant l'écart avec les zones rurales est bien réel, il y a 7 % de médecins généralistes en moins et 28 % de dentistes en moins dans ces zones. Par exemple, Roubaix, une ville du Nord d'environ 100 000 habitants compte 133 médecins, soit 1,4 généraliste pour 1 000 habitants. Cependant, dans les arrondissements du Nord, le nombre de médecins pour 1 000 habitants est tombé à 0,8. Un constat affolant justifie l'ouverture d'un nouveau centre médical au cœur du quartier Alma le 4 février.

Pour finir, la Somme qui alourdit encore un constat déjà déplorable, est loin derrière en termes de spécialistes 72,3 pour 100 000 habitants, c'est 10 points en dessous de la moyenne nationale qui est de 82,9 pour 100 000 habitants. C'est notamment le cas des dentistes, ils sont 180 dans tout le département, selon l'Ordre des dentistes de la Somme, soit 1 médecin pour 3 000 habitants. La Somme est par ailleurs le territoire qui compte le moins de dentistes en France. A la campagne, le constat est accablant, les chiffres montrent que les jeunes médecins préfèrent s'installer dans des maisons médicales à plusieurs plutôt que de reprendre un cabinet libéral isolé dans un village. Par conséquent, les médecins généralistes qui prennent leur retraite peinent à trouver un successeur. Aujourd'hui, les zones rurales de la Somme comptent 20% de généralistes en moins que la moyenne française<sup>63</sup>.

A Roubaix, dans les Flandres ou en Picardie, la densité médicale est faible dans les HDF. Et les chiffres ne vont pas en s'améliorant d'année en année, au sein des zones rurales, les médecins généralistes peinent de plus en plus à trouver un successeur<sup>64</sup>. Ainsi pour pallier cette problématique, la région met en place toute sortes de solutions, plus surprenantes les unes que les autres.

---

<sup>63</sup> DESMAS (M.), « Hauts-de-France : en ville comme à la campagne, les déserts médicaux gagnent du terrain », consulté le 25 janvier 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/hauts-france-ville-campagne-deserts-medicaux-gagnent-du-terrain-1625995.html>

<sup>64</sup> DESMAS (M.), « Hauts-de-France : en ville comme à la campagne, les déserts médicaux gagnent du terrain », consulté le 25 janvier 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/hauts-france-ville-campagne-deserts-medicaux-gagnent-du-terrain-1625995.html>

## B) Des solutions surprenantes mises en place dans la région HDF

Dans l'Oise, la faculté de médecine de l'université Picardie Jules-Verne a créé en 2012 une unité d'enseignement télémédecine dédiée aux étudiants en médecine dès la deuxième année d'études<sup>65</sup>. Afin de les inciter et les familiariser avec cette pratique, car nombreuses sont les villes qui sont en sous-effectif médical, surtout au niveau des spécialistes.

Le Dr Michèle Goursaud, généraliste à La Ferté-Milon dans l'Aisne prépare son départ en retraite depuis déjà quelques mois, elle s'est mise en quête d'un successeur en publiant une annonce sur les sites spécialisés, en faisant appel aux Conseils départementaux de l'ordre des médecins de la région et en allant prospecter dans les hôpitaux<sup>66</sup>. En six mois, le Dr Goursaud n'a obtenu que deux réponses qui ne se sont pas concrétisées. Elle est officiellement à la retraite depuis le 1er janvier mais elle a décidé de continuer le premier trimestre pour ne pas laisser ses confrères dans l'embarras le temps des épidémies hivernales. Mais le 31 mars, les 1.800 personnes qu'elle soigne n'auront plus de médecin attitré ainsi devant l'absence de candidat pour la reprise de son cabinet, elle a déposé une annonce sur Le Bon Coin dans laquelle elle cédait gratuitement sa patientèle. En ce qui concerne le Pas-de-Calais, le département a embauché en tant que salariés trois médecins généralistes pour lutter contre les déserts médicaux, département qui a fermé 47 de ses cabinets. au cours des cinq dernières années et n'avait que deux médecins généralistes pour 10 000 habitants<sup>67</sup>.

Le département du Pas-de-Calais n'a pas dit son dernier mot puisque depuis le 17 janvier 2022, un cabinet médical éphémère a vu le jour à Mazingarbe dans le Pas-de-Calais. Virginie Martel, conseillère municipale déléguée à la santé et au cabinet médical annonce qu'« avec les départs à la retraite annoncés, nous aurons un médecin pour 8 000 habitants en 2023 ». Le besoin de soins médicaux des résidents de la communauté était déjà une réalité, de

---

<sup>65</sup> HALIMA, « Des initiatives pour lutter contre les déserts médicaux en Picardie », consulté le 14 mars 2022. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/initiatives-lutter-contre-deserts-medicaux-picardie-1646128.html>

<sup>66</sup> JAG, « Un médecin de La Ferté-Milon cède gratuitement sa patientèle sur Leboncoin », consulté le 5 novembre 2021. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/aisne/medecin-ferte-millon-cede-gratuitement-sa-patiente-le-bon-coin-1436637.html>

<sup>67</sup> CARLIER (M.), FOSSAT (M.), « Déserts médicaux : le Pas-de-Calais va salarier trois médecins généralistes », consulté le 19 novembre 2021. <https://www.europe1.fr/societe/deserts-medicaux-le-pas-de-calais-va-salarier-trois-medecins-generalistes-4069675#:~:text=C%27est%20le%20triste%20constat.%C3%A0%20Sallaumines%2C%20pr%C3%A8s%20de%20Le%20ns>

ce besoin est né l'idée de créer un cabinet médical éphémère qui permettra à la commune de patienter pour l'ouverture d'un cabinet médical. Le cabinet médical éphémère a été aménagé avec trois médecins généralistes qui se relayeront chaque semaine (qui ne sont pas encore installés au cabinet), et une secrétaire. C'est une discussion entre la commune de Mazingarbe et le CTPS de Liévin (Communauté Territoriale Professionnelle de Santé) dans un centre de vaccination éphémère qui a permis d'éclairer la situation inquiétante de la commune. Virginie Martel ajoute : « Nous espérons que l'un des trois médecins poursuivra l'aventure avec nous. En tout cas, ils ne nous laisseront pas tomber jusqu'à l'ouverture du dernier cabinet médical »<sup>68</sup>.

Le développement du zonage, des MSP mais aussi de ces solutions surprenantes ont fait leurs preuves et ont permis de sauver en partie la démographie médicale dans les départements des HDF.

## **II) Une lutte contre les déserts médicaux portant ses fruits**

Les mesures prises pour enrayer les déserts médicaux ont effectivement porté leurs fruits, les situations paraissent moins alarmantes, et l'inquiétude dans les HDF peut être pondérée, les chiffres qui ressortent des dernières études sont assez positifs. De même, la comparaison avec d'autres régions paraît nécessaire afin de démontrer l'efficacité des mesures mises en place.

### **A) L'impact des mesures prises pour endiguer les déserts médicaux en HDF**

Pour le Pas-de-Calais, la création des ZAR fait passer le taux de couverture de la population du Pas-de-Calais de 58% à 71%. Sachant que 70% des territoires du département représentant plus d'1 million d'habitants sont désormais éligibles aux aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Les médecins qui s'installent notamment sur la commune de Calais pourront à présent bénéficier de ces aides (*voir carte n°IX, placée en annexe IX*).<sup>69</sup> Dans le nord, le taux de couverture de la population du Nord passe de 36% à 52%. Plus de la moitié des territoires du Nord représentant 1,3 millions d'habitants est

---

<sup>68</sup> PALL (E.), « Face aux désert médicaux, Mazingarbe dans le Pas-de-Calais innove et propose un cabinet médical éphémère », consulté le 17 mars 2022.

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/pas-calais/lens/face-aux-desert-medicaux-mazingarbe-dans-le-pas-de-calais-innove-et-propose-un-cabinet-medical-ephemere-2474896.html>

<sup>69</sup> X, « Aides à l'installation des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes-0>

désormais éligible aux aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. L'évolution du zonage permet notamment d'inclure les communes du Cambrésis et du Dunkerquois, ainsi que toute la ville de Douai (*voir carte n°X, placée en annexe IX*).<sup>70</sup> Concernant la Somme, la création des ZAR permet de passer de 43% à 62% du département éligible aux aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Cette évolution permet notamment d'inclure les communes d'Albert et de Montdidier (*voir carte n°XI, placée en annexe IX*).<sup>71</sup>

Il est rassurant que de nombreux jeunes praticiens se soient installés dans la Somme. Selon l'Ordre des médecins de la Somme, il y a deux fois plus d'installations que de retraités. D'ici 2021, le département comptera 98 installations, en effet de nombreux jeunes formés dans le département choisissent d'y rester. L'âge moyen des praticiens est de 47 ans dans la Somme contre 49 ans sur l'ensemble du territoire. En l'occurrence, il n'y a pas suffisamment de médecins généralistes non seulement dans l'est du département, mais aussi sur la côte picarde et à Vimeu. Ces zones sont classées comme hautement prioritaires. Cela signifie que les professionnels qui s'y installeront seront pris en charge par la CPAM et l'ARS<sup>72</sup>.

La problématique affecte toutes les régions en France aujourd'hui. Et la région HDF, en comparaison avec ses voisines ne s'en sort pas si mal...

## **B) Elargissement de l'étude à d'autres régions de France**

La maire de La Gresle dans la Loire témoigne que l'hôpital le plus proche de sa commune est à 25 km, c'est-à-dire une demi-heure de route. Les problèmes ont commencé réellement il y a une dizaine d'années sur ce secteur et ils sont en train de s'aggraver fortement<sup>73</sup>. Au sein de sa communauté, elle explique qu'il y a aussi des gens habitant dans les villages, qui ont besoin de 45 minutes pour aller aux urgences. De la même manière,

---

<sup>70</sup> X, « Aides à l'installation des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes-0>

<sup>71</sup> X, « Aides à l'installation des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes-0>

<sup>72</sup> DAUCE (A.), « Santé : la Somme loin d'être un désert médical, mais on y manque de spécialistes », francebleu.fr, 24 mars 2022.

<sup>73</sup> QI (Y.), « CARTES. Déserts médicaux : quelles sont les zones les plus défavorisées ? », consulté le 10 août 2022. <https://www.ouest-france.fr/sante/cartes-deserts-medicaux-queelles-sont-les-zones-les-plus-defavorisees-795b9d62-8b07-11ec-88ed-2ead809b0816>



impossible de prendre un rendez-vous chez un pédiatre à Condom, il faut 138 jours d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue à Saint-Gaudens et 356 jours pour un gynécologue à Albi. Ces délais d'attente effroyables, bien au-dessus de la moyenne nationale, démontrent l'étendue des déserts médicaux dans ces communes de l'Occitanie<sup>74</sup>. Ces inégalités d'accès aux soins ont bien évidemment des conséquences directes sur la santé publique. En effet, un homme vit en moyenne un an et 8 mois de moins dans les départements ruraux par rapport aux autres zones très urbaines. Et pourtant, même en Ile-de-France, l'ARS classe le département de la Seine-Saint-Denis et aussi la Seine-et-Marne parmi les zones les plus fragiles face à la sous-densité des médecins.

Selon l'ARS, 3742 médecins, dont 1821 médecins généralistes, ont quitté l'Ile-de-France au cours de la dernière décennie. Mais ces chiffres comprennent également 28% de dermatologues, 26% de gynécologues et 22% d'ophtalmologistes et de rhumatologues. Cependant, ce chiffre cache de grandes différences régionales. En effet, selon les chiffres provisoires de l'URPS, par exemple, 92,8% de la Seine-Saint-Denis sont classés comme ZIP, contre 84,3 % de la Seine-et-Marne et seulement 29,8 % pour Paris intra muros. En effet, la moitié des médecins de la région Ile-de-France ont plus de 60 ans et un quart plus de 65 ans, signe d'une vague de départs à la retraite fragilisant encore l'URPS de la région. Premièrement, la rémunération est si faible que les jeunes médecins préfèrent les postes salariés, les hôpitaux et les centres médicaux, ou s'installent dans les zones rurales où le loyer est moins cher<sup>75</sup>.

L'hôpital public français est un chef-d'œuvre de la planification administrative, une pièce maîtresse des talents issus des plus grandes écoles, et l'étendard du service public. Il est en somme le porte-drapeau du meilleur service de santé au monde et le monde entier nous envie, mais selon certains, il est une immense farce et plus encore depuis la crise de la covid-19.

---

<sup>74</sup> CARRIÈRE (C.), « Déserts médicaux : ces villes d'Occitanie où il y a "urgence sanitaire" », consulté le 17 décembre 2021.

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/deserts-medicaux-ces-villes-d-occitanie-ou-il-y-a-urgence-sanitaire-2274997.html>

<sup>75</sup> DA VEIGA (L.), « L'Ile-de-France est devenue le plus grand désert médical du pays », *LesEchos*, 10 mars 2022.

# **TITRE 2 / LES DÉSERTS MÉDICAUX FACE A LA**

## **PANDEMIE DE COVID 19**

Covid-19 est le nom donné par l'OMS le 11 février 2020 à une nouvelle maladie infectieuse respiratoire apparue en décembre 2019, en Chine, et causée par le coronavirus SARS-CoV-2. L'épidémie liée au coronavirus SARS-CoV-2 s'est propagée dans le monde, la recherche s'est mobilisée pour accélérer la production des connaissances sur ce virus, sur la maladie qu'elle provoque (Covid-19) ainsi que les moyens de la guérir et de la prévenir. L'histoire des pandémies montre que certaines mesures de protection comme l'isolement et le confinement sont des mesures ancestrales de privation de libertés, mais en même temps, la lutte contre le Sars-Cov-2 montre, malgré les difficultés, les progrès et les performances de la recherche biomédicale et de nombreuses spécialités médicales, dont la santé publique.

## **CHAPITRE I / LE SARS-CoV-2 : L'ÉPÉE DE DAMOCLÈS**

### **SANITAIRE**

La place du numérique dans l'accès à la connaissance, à l'information mais aussi dans la prise en charge et l'identification des cas et des contacts est importante. Plus encore, dans une pandémie où les connaissances scientifiques ne cessent de progresser, permettant aux experts d'explorer et de faire des recommandations tout en s'adaptant simultanément à la propagation et la mutation du virus, laissant peu de place à l'évaluation des choix stratégiques effectués à l'instant T. Par ailleurs, le Sars-Cov-2 est connu comme le virus de l'inégalité, toutes les tranches d'âge sont concernées, notamment les personnes âgées qui sont les plus à risque, et les enfants dont le rôle dans la transmission fait débat depuis le début de la crise<sup>76</sup>. La crise sanitaire a confirmé la persistance, voire l'aggravation des inégalités en santé, notamment à travers la surmortalité constatée dans certains territoires. Plusieurs facteurs sociaux et territoriaux ont été mis en avant : les conditions de logement, l'accès aux transports, l'offre de soins du territoire, les conditions de travail, l'éducation à la santé, l'environnement.

---

<sup>76</sup> HCSP, « Covid-19 : une crise sanitaire inédite », *Adsp*, n°116, décembre 2021, 72p.

## SECTION I / UNE CRISE SANITAIRE SOUDAINE, AIGUË ET INATTENDUE

La crise sanitaire a bouleversé les habitudes et les modes opératoires prévus pour réagir en cas de telles situations. Il ne fait aucun doute qu'aujourd'hui avec le recul de cette crise, sa gestion a été surestimée dès le départ, et finalement elle a inexorablement impacté l'accès aux soins et la couverture médicale qui sont d'ores et déjà victimes de fortes tensions.

### **D) DES CAPACITÉS DE GESTION DE CRISE SURESTIMÉES**

Pour comprendre comment ce postulat est articulé, il conviendra tout d'abord d'étudier la gestion de la crise sanitaire en France (A) pour comprendre pourquoi son impact a été beaucoup plus fort qu'on ne le pensait au départ (B).

#### **A) Distinction de cinq périodes dans la gestion de la crise sanitaire en France**

L'émergence de l'épidémie en janvier-février 2020, la dynamique et la gravité de l'épidémie durant cette période (systèmes de surveillance, mauvaise compréhension des signaux), et la préparation opérationnelle à ce type de crise pandémique (inventaire stratégique, systèmes de dépistage, systèmes d'information, organismes de gestion de crise) ont été sous-estimés car peu éprouvés. Ensuite, la période de mars à mai 2020 a été marquée par un premier confinement très contraignant qui a pu contenir l'épidémie, mais au prix de conséquences économiques et sociales très sévères<sup>77</sup>. Bien qu'il y ait eu des lacunes importantes dans la gestion de la crise, l'extraordinaire réactivité et mobilisation des équipes a permis de faire face à une situation très grave. D'un point de vue économique, la mise en place très rapide des mesures prises pour soutenir l'activité économique a permis de contenir le choc.

Le plan de déconfinement et les efforts pour vivre avec le virus sous contrôle de mai à octobre 2020 marquent une évolution positive en termes de stratégie et de gouvernance. Cependant, alors même que l'activité économique enregistrait une reprise, la lutte continue contre l'épidémie a échoué en raison de lacunes en matière d'isolement, de tests et de

---

<sup>77</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.9.

traçabilité ; de manque de données ; de respect des gestes barrières. De plus, la réponse au développement de l'épidémie a été tardive et inopportune. Le deuxième confinement de novembre à décembre 2020 fut moins contraignant et plus court, il a eu moins d'impact sur l'activité économique, même si le secteur des services reste fortement touché<sup>78</sup>. Il a conduit à une amélioration significative et rapide de la situation épidémique, cependant, cela n'a pas permis l'ouverture complète des activités économiques, sportives et culturelles. La période de fin décembre à février 2021 est caractérisée par l'émergence de nouvelles variantes, entraînant une modification dans le temps et l'espace des mesures de confinement, mais aussi au début de la campagne de vaccination.

Bien que la France soit connue pour la performance de son système de santé et des politiques d'accès universel aux soins, elle connaissait une crise profonde avant l'irruption de la crise du Covid-19. Cette dernière coûte des vies chaque jour et met à rude épreuve le système de santé français.

## **B) Impact de la gestion de la crise sanitaire en France**

La France fait partie des pays "fortement touchés" par la crise sanitaire avec 1.332 décès par million d'habitants, bien plus que la moyenne européenne (1.092 décès par million d'habitants). La crise a considérablement affecté la santé de l'ensemble de la population, principalement les personnes âgées (au moins 15% de la population touchée). Les conséquences sanitaires indirectes (déprogrammation des soins, retardement des diagnostics, etc.) ne seront connues que dans quelques années<sup>79</sup>.

La France, comme ses voisins européens touchés par le choc initial, a été incitée à adopter un ensemble général de mesures de confinement faute de pouvoir empêcher l'épidémie de progresser en amont. Des mesures drastiques ont permis de réduire significativement la propagation du virus lors des premiers chocs, mais il était difficile de mesurer l'effet de chacun séparément. La France a été particulièrement touchée, avec une récession estimée à 8,2 % en 2020. reprise significative après la première vague. Enfin, la France, comme la plupart des pays durement touchés par le virus, restera forte tant sur le plan

---

<sup>78</sup> PITTET (D.), Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final, mars 2021, p.9.

<sup>79</sup> La rédaction, « Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? », consulté le 27 octobre 2021. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279852-covid-19-gestion-de-la-crise-sanitaire-en-france#:~:text=renforcer%20la%20sant%C3%A9%20publique%20>

sanitaire qu'économique. La France a dû trouver son propre niveau de préparation inadéquat à un moment où la faible confiance dans le gouvernement rendait la gestion de la crise et la communication officielle plus compliquées<sup>80</sup>.

Malgré l'intervention de l'État, la préparation à la crise s'est révélée insuffisante et la faiblesse récurrente des prévisions a entraîné des retards dans les décisions : pénurie de masques, lenteur de la mise en place des tests, confinements, vaccination. À ces facteurs structurels s'ajoutent des facteurs conjoncturels<sup>81</sup>.

## **II) UNE FRANCE DÉSEMPARÉE EN SOUFFRANCE**

Le niveau de préparation à la crise s'est avéré insuffisant. Elle se traduit principalement par le manque de masques de protection individuelle, la très lente montée en puissance des tests, la fragilité et l'incomplétude du système d'information nécessaire au simple comptage des cas, des hospitalisations et des décès liés au COVID, et plus généralement par une instabilité de la gestion opérationnelle. Cette situation trouve son origine dans divers facteurs structurels (A) et conjoncturels (B)<sup>82</sup>.

### **A) Des complications liées à des facteurs structurels**

Au début de l'épidémie, les plus grandes inquiétudes peuvent être nourries sur la capacité des hôpitaux publics français à résister. Les mouvements sociaux s'y sont multipliés ces dernières années, avec notamment une grève des urgences quasiment ininterrompue en 2019. En effet, le système de santé français a montré certaines faiblesses dans sa capacité de préparation et de réponse à l'épidémie. Les caractéristiques de cette pandémie (rapidité de diffusion, connaissances incertaines, sévérité, morts de soignants) ont installé un climat très anxiogène tant pour les soignants que le reste de la population.

---

<sup>80</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.7.

<sup>81</sup> La rédaction, « Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? », consulté le 27 octobre 2021. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279852-covid-19-gestion-de-la-crise-sanitaire-en-france#:~:text=renforcer%20la%20sant%C3%A9%20publique%20>

<sup>82</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.10.

Les différents facteurs structurels qui ont participé à cette préparation insuffisante sont la fragilité du ministère chargé de la santé avec une faible attractivité des emplois ; une gouvernance éclatée entre les principales directions ; une perte d'expertise consécutive à la création des agences sanitaires, mais aussi l'insuffisance des capacités stratégiques ainsi que la faible capacité à piloter le réseau d'agences. La faiblesse historique de la santé publique est due à la dispersion des équipes de recherche, au déficit de culture de prévention du risque infectieux tant chez les professionnels de santé que dans la population, mais aussi aux lacunes en matière d'épidémiologie de terrain et une mauvaise répartition des ressources entre Santé Publique France et les ARS. Tous ces facteurs ont conduit une France qui se pensait préparée à finalement souffrir de ses lacunes.

L'insuffisance du pilotage de deux secteurs se sont révélés être les éléments clés, ces derniers sont la gestion des stocks stratégiques de masques et l'organisation de la biologie médicale. Le manque certain d'appui sanitaire aux EHPAD (faible connexion avec les hôpitaux, les médecins libéraux et les ARS)<sup>83</sup>. Il y a eu des limites au niveau des systèmes d'information en santé qui ne permettait pas de disposer d'une base solide pour répondre aux besoins d'informations et d'indicateurs nécessaires au pilotage de la crise.

Mais la crise sanitaire ne repose pas que sur ces éléments structurels, elle s'explique aussi par des facteurs conjoncturels.

## **B) Des complications liées à des facteurs conjoncturels et une faiblesse dans l'anticipation**

Les épidémies de coronavirus (SRAS 2003 et MERS 2012) et d'Ebola (2014) étaient localisées hors des frontières nationales françaises et la France n'a pas pu tirer parti des leçons apprises, contrairement à certains pays asiatiques qui ont été durement touchés par ces virus-ci à l'époque. L'épidémie de grippe H1N1 qui a suivi en 2009-2010, à laquelle les autorités publiques de l'époque auraient réagi de manière excessive face à la véritable gravité de la pandémie, a été considérée comme un gaspillage d'argent public<sup>84</sup> (achat excessif de

---

<sup>83</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.10.

<sup>84</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, pp.10-11.

vaccins, de médicaments et de masques). La priorité en termes de gestion de crise semble avoir été donnée à la menace terroriste, qui s'est matérialisée de manière significative lors des attentats de 2015 et 2016.

De plus, la faiblesse fréquente de l'anticipation a entraîné des retards répétés dans la prise de décision dans plusieurs domaines : le renforcement des capacités de test a été trop lent, au-delà des contraintes organisationnelles et techniques courantes dans la plupart des pays, expliqué par des retards dans la mise en place d'un projet d'équipe avec des objectifs de dépistage clairement définis. Les confinements de mars et novembre 2020 ont été introduits tardivement au vu des informations disponibles. Le deuxième confinement est également précédé de diverses mesures de freinage (fermetures locales de certaines activités) qui s'appliquent progressivement sans règles prédéfinies permettant aux agents économiques de les prévoir et de s'organiser en conséquence. Si l'arrivée d'un vaccin est un fait prévisible et attendu, il est regrettable que la France n'ait pas mis en place dès la phase de préparation et des approvisionnements une *task force* intégrée chargée de coordonner l'organisation de la campagne de vaccination<sup>85</sup>, à l'instar de la Grande-Bretagne ou des équipes américaines en particulier.

La fragilité du ministère de la santé et la faiblesse historique de la santé publique sont dépeintes aux yeux de tous. Ainsi, l'épidémie rend encore plus préoccupant le phénomène de désertification médicale dont sont victimes les communes rurales.

## SECTION II / UN PHÉNOMÈNE DE DÉSERTIFICATION MÉDICALE ASSOMBRIT PAR LA CRISE SANITAIRE

« La campagne de vaccination ne contribuera pas à réduire le sentiment d'abandon », regrette Cédric Szabo, directeur de l'Association des maires ruraux de France (AMRF). Selon lui, les villes situées en dehors des centres urbains sont les grandes oubliées. Et les personnes âgées, concernées par la phase actuelle de la campagne, sont bien souvent éloignées des sites de vaccination.

---

<sup>85</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, pp.10-11.

## **I) La campagne vaccinale : un fléau pour les déserts médicaux**

L'illustration parfaite des signes de l'aggravation des déserts médicaux est sans doute la campagne vaccinale qui a été menée en France afin de contrecarrer l'épidémie de covid-19 (A), l'accès au vaccin était déjà plutôt compliqué au premiers abords mais il l'a encore plus été dans les zones touchées par la désertification médicale (B).

### **A) Vivre dans un désert médical en temps de crise sanitaire, synonyme de « double peine »**

Tandis que la campagne de vaccination demeure le seul moyen d'endiguer la pandémie du Covid-19, la France est confrontée à une limitation de ses propres pouvoirs en ce qui concerne l'administration des doses. En effet, en raison d'une pénurie de personnel de santé mais aussi de matériel, les personnes vivant hors des grandes villes en sont privées.

La campagne ne fait que mettre en lumière les disparités des déserts médicaux en termes d'accès aux soins pour les personnes vivant dans ces zones. Le système français reste trop centré sur l'hôpital, avec un manque considérable de coopération avec la ville et les libéraux, ce qui a rendu le système de santé français bien plus fragile. De nombreux médecins de ville ne sont pas équipés alors que l'utilité des masques pour éviter la contamination est largement démontrée, malgré des discours qui tendent parfois à minimiser leur intérêt. La même situation a été constatée pour les solutions hydro-alcooliques. Le retard en matière de suivi à domicile et de télémédecine apparaît aussi préjudiciable. En effet, pour les personnes âgées, se déplacer dans des centres de vaccination souvent trop éloignés de leur domicile est très compliqué. Sans solutions efficaces pour prévenir les pénuries de personnel de santé dans ces régions, la vaccination pourrait prendre du retard et rendre impossible la vaccination d'un grand nombre de personnes âgées<sup>86</sup>. Dès lors, des mesures nécessaires doivent être prises pour permettre aux médecins de revenir régulièrement dans ces zones délaissées afin d'assurer à chaque citoyen français un égal accès aux soins de santé.

L'Association de Citoyens Contre les Déserts Médicaux (ACCDM) met en garde depuis des mois les pouvoirs publics pendant cette crise sanitaire sans précédent liée au COVID, sur l'opportunité pour les patients sans médecin (malgré la loi de 2004 imposant que

---

<sup>86</sup> X, « Déserts médicaux et Covid-19 : Ce fléau pour la campagne de vaccination », consulté le 17 décembre 2021. <https://mutuelle-msp.fr/deserts-medicaux-et-covid-19-ce-fleau-pour-la-campagne-de-vaccination/>



chaque patient doit avoir un médecin pour être examiné, ce qui a été délibérément disséminé par les pouvoirs publics). Les patients sans médecin ont payé un lourd tribut durant cette pandémie, ils n'ont pas bénéficié des conseils et du soutien médicaux et éthiques qu'ils auraient dû leur apporter. Ainsi, le retard dans la prise en charge des soins fait perdre l'opportunité lorsque les symptômes du covid-19 ne sont pas diagnostiqués<sup>87</sup>.

Cette double peine subie de plein fouet par les patients et la population française a nécessairement souffert de l'organisation de la campagne vaccinale contre le covid-19.

### **B) Une organisation de campagne vaccinale pénalisée par le manque de médecins dans les zones rurales**

Face à l'urgence de la vaccination, la France a un peu navigué en eaux troubles. Six centres de vaccination devraient ouvrir dans chaque département. Cependant, selon Michel Fournier, président de l'AMRF, nous n'avons pas encore obtenu le succès escompté. Il est lui-même maire des Voivres (Vosges), commune de 88 000 habitants. Et il essaie de répondre aux préoccupations de ses électeurs<sup>88</sup>.

« Nous identifions les personnes qui sont généralement prioritaires. La question serait: pouvez-vous vous déplacer? Nous avons dû organiser tout cela pour les expédier. Nous n'avons pas encore tous les éléments pour savoir si nous pouvons mettre tout cela en place.»

La Dordogne est le département le moins immunisé de Nouvelle-Aquitaine, selon les chiffres de Santé publique France. Les 63 Périgourdins ont eu deux doses du vaccin, soit un taux moyen de 67,4 % dans la région et jusqu'à 74 % dans les Landes. Il y a en l'occurrence des opérations de ciblage, dans les territoires où la vaccination est la plus faible, comme au Bugue mais à chaque fois ils doivent aller chercher des forces à l'extérieur du territoire, tels que des pompiers ou des volontaires, car il y a un manque de personnel local considérable<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> X, « Et pour les patients sans médecins ? », consulté le 20 août 2022.  
<https://desertsmedicaux.org/vaccin-covid/>

<sup>88</sup> GAULT (F.), « L'enjeu de la vaccination dans les déserts médicaux », consulté le 17 septembre 2021.  
<https://www.rcf.fr/articles/actualite/lenjeu-de-la-vaccination-dans-les-deserts-medicaux>

<sup>89</sup> GAULT (F.), « L'enjeu de la vaccination dans les déserts médicaux », consulté le 17 septembre 2021.  
<https://www.rcf.fr/articles/actualite/lenjeu-de-la-vaccination-dans-les-deserts-medicaux>

Lorsque le maire de Veyrac en Haute Vienne propose aux services de l'Etat et à l'ARS de mettre à disposition des salles pour vacciner les personnes âgées et moins mobiles de Veyrac, la première réponse reçue fut, « pas de médecin, pas de centre de vaccination ». Alors, selon Stéphane Delautrette, président de l'association des maires de la Haute-Vienne, lorsque les opérations mobiles ont été lancées, elles se sont d'abord appuyées sur la localisation des médecins et infirmiers<sup>90</sup>. Les élus voulaient organiser des vaccinations établies, mais s'opposaient à l'absence de professionnels de santé sur leur territoire : ils se sentaient punis.

C'est à partir de ce constat qu'il est apparu nécessaire de mobiliser tous les acteurs du milieu de la santé afin de subvenir aux besoins des populations rurales.

## **II) Mobilisation des acteurs de santé afin de limiter l'impact de la crise sanitaire sur les déserts médicaux**

La pandémie du covid-19 est devenue un catalyseur de changement, un moment décisif pour réinventer les soins grâce à une mobilisation accrue des acteurs de santé, tels que les pharmaciens en produisant des gels hydro alcooliques (A). Si cette mobilisation a permis de réduire certains ravages, elle n'a pas pu tous les empêcher, ainsi un impact sanitaire indirect sera à prévoir (B).

### **A) Un manque d'anticipation des pouvoirs publics compensé par la mobilisation des acteurs de santé**

Les autorités ont su tirer des leçons de l'expérience pour améliorer la gouvernance depuis plusieurs mois sur plusieurs points clés grâce à une approche plus transversale qui associe les aspects sanitaires, économiques et sociaux, permettant une meilleure combinaison des mesures de freinage. Cet apprentissage peut s'appuyer sur les progrès des systèmes d'information et la conduite d'enquêtes, notamment pouvant enregistrer les sites contaminés et géolocaliser les données sur la progression de la maladie<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> POMMIER (H.), « Covid-19 : le désert médical freine-t-il la vaccination en Haute-Vienne ? », *Le Populaire du Centre*, 19 avril 2021.

<sup>91</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.11.

La capacité de réaction, d'engagement et de mobilisation des acteurs a été remarquable tout au long de la crise, ils compensent souvent le manque d'anticipation des pouvoirs publics. Cette mobilisation est évidemment majoritairement celle des professionnels de santé, mais aussi celle des acteurs au niveau local (hôpitaux et ARS, collectivités territoriales, associations et bénévoles) ou national, avec l'engagement fort des équipes de gestion de crise des différents ministères et agences. La reconversion de plusieurs milliers d'agents de l'assurance maladie pour assurer le traçage et l'accompagnement des personnes concernées est une réalisation remarquable. La création de systèmes d'information particulièrement pérennes tels que SI DEP ou SI Vaccins doit se faire dans l'intérêt de cette mobilisation<sup>92</sup>.

Quand bien même la mobilisation des acteurs de la santé a permis de combler en partie l'action clairsemée de l'Etat, il n'en reste pas moins vrai que la crise sanitaire a eu un impact indirect sur les déserts médicaux.

## **B) L'impact sanitaire indirect créé par la crise sanitaire et les déserts médicaux**

Par exemple, au cours de l'été 2020, le problème s'est manifesté de manière différente dans le département de la Mayenne, fortement touché par le Covid-19. Les autorités sanitaires locales avaient décidé d'ouvrir huit centres de consultation médicale dès le début de la crise sanitaire, qui a dû fermer le 10 juillet lorsque l'épidémie a recommencé à éclater. En conséquence, l'Association de citoyens contre les déserts médicaux de la Mayenne a pris une avocate afin de saisir la justice contre le pays pour dénoncer les inégalités d'accès aux soins en France<sup>93</sup>.

En effet, la crise aura également un impact sanitaire indirect important qui ne se fera peut-être connaître que dans les années à venir. En France, comme dans d'autres pays touchés, la programmation hospitalière après avoir mobilisé toutes les capacités pour soigner les patients atteints du virus a entraîné le report de diagnostics et de soins pouvant affecter la

---

<sup>92</sup> PITTEP (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.12.

<sup>93</sup> La rédaction de LCI, « Déserts médicaux et Covid-19 : comment les petites communes s'adaptent », consulté le 12 juin 2022.

<https://www.tf1info.fr/sante/video-deserts-medicaux-et-covid-19-comment-les-petites-communes-s-adaptent-1163-2162052.html>

santé des personnes concernées<sup>94</sup>. C'est notamment le cas pour certains cancers, où un retard de diagnostic entraîne un risque élevé de décès. Les données disponibles montrent que la consommation de soins a baissé aussi bien dans les hôpitaux que dans les villes, pour les mois de mars, avril et mai 2020. Cette baisse de consommation est une conséquence de la réduction de l'offre de soins (fermeture des opérations et annulation de la programmation des soins hospitaliers hors COVID), et aussi l'abandon des patients de poursuivre leurs soins et rendez-vous, notamment par crainte de contamination<sup>95</sup>. A terme, les données ont démontré également une morbidité réduite en ce qui concerne les accidents de la route, mais aussi apparemment l'apparition de maladies aiguës comme, par exemple, l'infarctus aigu du myocarde. ou un accident vasculaire (aucune explication ne peut être donnée à ce stade). Ainsi, l'activité médicale dans la ville en novembre était inférieure de 15 % à celle de l'année précédente. Le report des soins hospitaliers, la priorité associée aux soins plus sévères, suscite davantage d'inquiétudes.

Il ne fait pas de doute qu'en l'état actuel le système d'accès aux soins était déjà sous tension et montrait des signes de grande disparités selon les territoires. Cependant, cet équilibre déjà fragile et frappé par le phénomène de désertification médicale s'en est retrouvé indéniablement décuplé avec la crise sanitaire du covid-19.

## **CHAPITRE II / UNE PROBLÉMATIQUE ANCIENNE MISE EN LUMIÈRE PAR LE SARS-CoV-2**

S'il n'y a pas de « solution miracle » pour résorber les zones sous-dotées, les initiatives « à mieux recenser et développer » existent déjà sur le terrain. En l'occurrence, la télémédecine est une des solutions possibles aux problèmes posés à la santé publique, sans se

---

<sup>94</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.5.

<sup>95</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.51.

substituer à la pratique médicale traditionnelle, elle permet de rendre plus facile l'accès de la population à des soins de proximité, de pallier le manque de professionnels de santé et renforcer les fonctions des établissements isolés. C'est en ce sens qu'il sera intéressant de voir comment se sont développées les solutions alternatives pour accéder aux soins et quel est leur impact post-crise sanitaire.

## **SECTION I / DES MESURES IMPOSÉES VIS-À-VIS DE LA GRAVITÉ DE LA SITUATION**

Les consultations de télémédecine, prises en charge par l'Assurance maladie depuis septembre 2018, se démocratisent et peinent à s'intégrer dans la pratique des médecins généralistes et spécialistes. Le confinement instauré mi-mars 2020 pour lutter contre la pandémie de Covid-19 a provoqué une explosion du recours à la pratique, la CNAM enregistrant un million d'appels téléphoniques dans la seule semaine du 30 mars.

### **D) Le SARS-CoV-2 : moteur premier de la téléconsultation médicale française**

Selon le Docteur Jean-Paul Ortiz, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), cette crise va accélérer l'adoption de la téléconsultation (A), et, plus largement, de la télémédecine (B).

#### **A) L'essor spectaculaire des téléconsultations en temps de crise sanitaire**

La télémédecine permettrait de remédier à l'insuffisance de médecins en zones rurales et urbaines<sup>96</sup>. Et la crise sanitaire a agi comme un accélérateur, lui permettant de franchir les phases qui jalonnent le cycle d'adoption des innovations, en seulement quelques jours. L'exposition des professionnels et de leurs patients au virus devait être réduite, et l'appel des autorités à ne consulter qu'aux urgences a été si bien accueilli que des médecins généralistes,

---

<sup>96</sup> MANUS (J-M.), « Télémédecine hier, et aujourd'hui avec la Covid », consulté le 21 mars 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008837/>

et surtout des spécialistes, ont vu leur cabinet déserté. Ces derniers furent inquiets pour leurs patients, mais plus particulièrement pour ceux atteints de maladie chronique.

En outre, dans la cadre de l'état d'urgence sanitaire, une loi du 23 mars 2020 est venue adoucir les règles de réalisation des actes de télémédecine afin de protéger patients et médecins des risques de contamination. D'une part, les patients ont pu bénéficier d'une consultation à distance avec un médecin qu'ils ne connaissaient pas et sans être orientés par leur médecin traitant<sup>97</sup>. D'autre part, cela a permis à la plupart des acteurs du marché de démocratiser l'utilisation de leurs solutions en leur accordant des conditions tarifaires favorables (voire temporairement gratuites). La télémédecine est ainsi devenue, en quelques semaines, un élément essentiel de l'accompagnement et du suivi médical des patients. De 486 369, entre les 23 et 29 mars 2020, le nombre de téléconsultations hebdomadaires remboursées a atteint un million au plus fort de la crise, en avril 2020, avant de revenir aux alentours de 650 000 à la fin mai 2020.

Durant l'urgence sanitaire, les autorités ont assoupli les règles de remboursement des appels de l'assurance maladie, rendant obligatoire le remboursement à 100% des procédures d'appel pour tous les patients<sup>98</sup>.

## **B) Un assouplissement forcé du cadre réglementaire de la télémédecine**

Avant le 18 mars 2020, les consultations téléphoniques médicales étaient remboursées à hauteur de 70% par l'assurance maladie, sauf dans certains cas exceptionnels ; telles que les patients atteints d'une maladie de longue durée, les femmes enceintes de plus de 6 mois ou les bénéficiaires de la protection générale de la santé (Puma) bénéficient en particulier d'une couverture à 100 %. Cette assurance maladie existe depuis septembre 2018<sup>99</sup>.

---

<sup>97</sup> MANUS (J-M.), « Télémédecine hier, et aujourd'hui avec la Covid », consulté le 21 mars 2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008837/>

<sup>98</sup> X, « Comment la crise du coronavirus booste la téléconsultation médicale », consulté le 15 août 2022.

<https://www.sanofi.fr/fr/labsante/comment-la-crise-du-coronavirus-booste-la-teleconsultation-medicale>

<sup>99</sup> X, « Téléconsultation et télésoin : ce qui change durant l'épidémie de Covid-19 », consulté le 15 août 2022.

<https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-teleconsultation-et-telesoin-ce-qui-change-durant-l-epidemie-de-covid-19>

Le décret n°2020-227 du 9 mars 2020<sup>100</sup> assouplit également les conditions d'accès à la téléconsultation pour les patients atteints du Covid-19 ou présentant des symptômes de la maladie. A compter du 10 mars, les patients n'ont plus besoin de consulter leur médecin traitant par téléphone et/ou d'avoir un rendez-vous physique avec le médecin suivant les douze derniers mois. De plus, la téléconsultation peut se faire à l'aide de n'importe quel support vidéo ou application et pas nécessairement sur l'une des plateformes dédiées. Pour les patients qui ne disposent pas d'un appareil permettant une connexion vidéo, le gouvernement a spécifiquement mis en place, dans certains cas, le remboursement du coût des consultations téléphoniques (par l'Assurance Maladie). Concrètement, cette mesure s'applique, depuis le 4 avril, aux patients qui, d'une part, n'ont pas accès au numérique, d'autre part, sont (ou sont suspectés) infectés par le virus Covid-19, ont une ALD, ou ont plus de 70 ans<sup>101</sup>.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>102</sup>, adoptée à l'été 2019, encadre la pratique du télésoin, encadre l'exercice de la télé médecine, c'est-à-dire la mise en relation des patients avec un pharmacien ou un médecin de ville. Le cadre conventionnel de sa pratique et de son remboursement par l'Assurance maladie a été revu. Avec la crise sanitaire actuelle, des règles dérogatoires ont été instaurées pour certains auxiliaires médicaux. Le décret 2020-277 du 19 mars 2020<sup>103</sup> établit des dispositions dérogatoires relatives au télésoin effectué par les infirmiers d'Etat, sous forme d'un télésuivi, pour les patients atteints du Covid-19 ou présentant des symptômes de la maladie. Ces mesures étendent les conditions de prise en charge de l'Assurance maladie. Ainsi l'infirmier peut procéder au soin à distance sans rencontre physique préalable avec le patient comme nécessaire habituellement. Il y a également eu des mesures assouplissantes en ce qui concerne les sages-femmes, les orthophonistes, les ergothérapeutes mais aussi les psychomotriciens<sup>104</sup>.

---

<sup>100</sup> Dc. n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télé médecine pour les personnes exposées au covid-19, JO n°0059 du 10 mars 2020.

<sup>101</sup> X, « Téléconsultation et télésoin : ce qui change durant l'épidémie de Covid-19 », consulté le 15 août 2022. <https://www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-teleconsultation-et-telesoin-ce-qui-change-durant-l-epidemie-de-covid-19>

<sup>102</sup> L. n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JO n°0172 du 26 juillet 2019.

<sup>103</sup> Dc n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus, JO n°0069 du 20 mars 2020.

<sup>104</sup> X, « Téléconsultation et télésoin : ce qui change durant l'épidémie de Covid-19 », consulté le 15 août 2022. <https://www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-teleconsultation-et-telesoin-ce-qui-change-durant-l-epidemie-de-covid-19>

Banalisée avec la crise du Covid-19, la téléconsultation pallie déjà certaines carences dans l'accès aux soins. Mais elle ne suffira pas à combler le fossé qui se creuse en raison de l'absence de médecins dans certains territoires.

## **II) L'évolution de la situation après le covid-19**

Par ailleurs, si les inégalités de santé sont nécessairement moindres dans des pays comme la France, où la couverture sanitaire est largement répandue, l'abandon des soins pourrait jouer un rôle à part entière dans les populations les plus vulnérables<sup>105</sup>. Cet abandon des soins peut être réduit par la téléconsultation (A) ainsi qu'une entraide sur le long terme au niveau européen (B).

### **A) La e-santé : le nouveau Graal des zones de sous-densité médicale**

Le volume des téléconsultations a diminué au début de la déconfinement, tout en restant élevé. En juin 2020, l'Assurance maladie a enregistré 521 000 téléconsultations la première semaine, suivies de 506 000, puis 427 000 la troisième et 396 000 la dernière semaine<sup>106</sup>. Selon le dernier rapport Odexa pour l'Agence pour la santé numérique, 48% des personnes sondées souhaitent utiliser un jour la télémédecine. Pour ceux qui ont essayé, le taux de satisfaction est très élevé, avec 80% de satisfaits en Europe et pas moins de 88% satisfaits en France<sup>107</sup>.

Pour la CNAM, la télécommunication doit devenir un mode d'accès aux soins de choix et sans compromis, adapté à l'état de santé du patient. Il formule trois recommandations pour accélérer l'expansion tout en maintenant la qualité des soins. Premièrement, étendre pour une durée limitée d'au moins un an la couverture à 100% des téléconsultations, deuxièmement assouplir le principe selon lequel les téléconsultants doivent connaître au préalable leurs patients, et enfin, troisièmement maintenir de manière prospective les

---

<sup>105</sup> PITTET (D.), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final*, mars 2021, p.53.

<sup>106</sup> La rédaction, « La télémédecine, une pratique en voie de généralisation », consulté le 2 septembre 2021. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

<sup>107</sup> LENNE (C-A.), « La télémédecine : Un avant et un après Covid-19 », consulté 17 janvier 2022. <https://explorers.mc2i.fr/articles/la-telemedecine-un-avant-et-un-apres-covid-19>



pratiques dérogatoires de téléconsultation créées lors de la crise épidémique pour les pharmaciens et certaines aides-soignantes afin d'assurer la continuité de ces soins<sup>108</sup>.

De fait, le recours à la téléconsultation, pour lutter contre ce phénomène, est de plus en plus fréquent et rentre dans les nouveaux usages de consultation médicale. De plus, l'Europe a été et continue d'être un gestionnaire primordial pour la crise sanitaire et les déserts médicaux.

## **B) Une entraide européenne essentielle sur le long terme**

L'UE a assuré la gestion et la coordination de la crise depuis le début de la pandémie de covid-19 grâce aux contacts constants entre les États membres et les institutions de l'UE. L'UE a également fourni du matériel médical en créant un stock européen commun d'équipements de protection individuelle et de ventilateurs dans le cadre du stock rescEU. Il coordonne également l'approvisionnement conjoint et la gestion des exportations d'équipements essentiels pour assurer un approvisionnement continu au sein de l'UE<sup>109</sup>.

Pour aider l'Europe à faire face aux futures menaces pour la santé publique, l'UE a proposé un nouveau programme renforcé appelé *UE4Health*, qui améliorera les systèmes de santé de soutien des pays membres. Ce programme vise à apporter une contribution significative à la reprise post-COVID19, en mettant l'accent sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé et la promotion de l'innovation dans le secteur de la santé. La crise du covid-19 est un défi mondial qui nécessite des solutions mondiales. L'UE et ses États membres soutiennent les efforts des pays partenaires pour lutter contre le virus, en fournissant un soutien financier pour faire face à la crise sanitaire immédiate et aux besoins humanitaires.

En l'occurrence, il faut garder en tête que ce phénomène de désertification médicale reste un enjeu national et non pas seulement régional. Ainsi, il est nécessaire de mettre en place certains leviers d'action visant à résorber cette problématique.

---

<sup>108</sup> La rédaction, « La télémédecine, une pratique en voie de généralisation », consulté le 2 septembre 2021. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

<sup>109</sup> X, « Dix choses que fait l'UE pour lutter contre la COVID-19 et assurer la relance », consulté le 15 août 2022. <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/10-things-against-covid-19/>

**PARTIE II : LES INÉGALITÉS  
TERRITORIALES D'ACCÈS AUX  
SOINS : ENJEU CROISSANT ENCLIN À  
DES MESURES D'AMÉLIORATION**

Selon une étude de 2020 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 3,8 millions de français vivaient dans une zone sous-dotée en généralistes en 2018, soit 6% de la population française. Et les prévisions n'avaient alors rien d'optimiste. En effet, le nombre de personnes vivant dans un territoire sous-doté de médecins généralistes a augmenté de 1,3 million entre 2015 et 2018.<sup>110</sup> Pour ces 6% de la population, des solutions sont évoquées, ou en cours de déploiement.

La situation de la France n'est pas unique. La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays, à des degrés divers. Confrontés à la difficulté de répondre aux besoins dans des zones peu attractives, les pays ont mis en place des stratégies faisant appel à un éventail de mesures variées, qui d'ailleurs ont été enrichies et infléchies au cours du temps à la lumière des résultats obtenus. Malgré des efforts considérables et une série de mesures prises, la plupart des pays ont encore des difficultés persistantes à assurer un accès adéquat aux services de santé partout dans le pays. Il est vrai que le contexte géographique de certains d'entre eux, si vastes et si peu peuplés, pose des défis particuliers. Mais globalement, on peut souligner la permanence, dans tous les systèmes de santé, de ce problème d'inégalités territoriales et mal desservies<sup>111</sup>.

## TITRE 1 / DES MESURES FAVORISANT LA RÉSORPTION D'UNE SITUATION FRANÇAISE ALARMANTE

La sous dotation médicale dans certains territoires français est une réalité. Elle porte atteinte au principe fondamental de l'égalité d'accès aux soins notamment garanti par le CSP et entraîne des conséquences néfastes concernant la prise en charge du patient. C'est pourquoi il est impératif de mettre en place un certain nombre de leviers permettant de pallier ce phénomène. Pour remédier à ces difficultés, des stratégies variées ont été déployées au cours des dernières décennies.

---

<sup>110</sup> KAHINA, « Des inégalités d'accès aux soins encore trop importantes et qui risquent de s'accroître à l'avenir, selon la Mutualité française », *previssima.fr*, 12 octobre 2020, 3p.

<sup>111</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, 78p.

# CHAPITRE 1 / FILIERIS, ACTEUR DE LA RÉSORPTION

## DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Les structures et services FILIERIS sont ouverts à l'ensemble de la population, indépendamment du régime de Sécurité Sociale du patient, et assurent le paiement des tiers sans dépassement d'honoraires. FILIERIS a pour ambition de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en s'appuyant sur un réseau structurant accessible à tous, notamment dans les zones à forte densité médicale et à faible économie. Pour relever ce défi, le réseau évolue en permanence pour allier qualité des soins, proximité, et répondre aux besoins sanitaires des zones d'intervention.<sup>112</sup>

### SECTION I / HISTOIRE DE FILIERIS

Héritier du régime minier, le réseau FILIERIS est principalement implanté dans les anciens bassins miniers de France (Nord, Est, Sud), et bénéficie aujourd'hui de son savoir-faire et de son expertise, issus d'une longue histoire.

#### **I) L'héritier du régime minier : le réseau FILIERIS**

De la création d'un nouveau régime, protecteur envers une partie spécifique de la population (A) vers un réseau de structures et services de santé ouverts à tous afin de lutter contre les déserts médicaux (B).

##### **A) La création d'un régime minier, distributeur de soins et de secours**

Dès l'époque d'Henri IV, des mesures ont été prises pour assurer la protection des mineurs. Si les monarques décidèrent très tôt de venir en aide à leurs soldats, c'est Henri IV qui comprit très vite la nécessité de protéger et soigner les ouvriers et en particulier les mineurs<sup>113</sup>. La protection des mineurs commença avec l'obligation pour les exploitants de soigner gratuitement les blessés et d'avoir un chirurgien sur place. C'est par la loi du 29 juin 1894 qu'est créé le régime minier, il rend obligatoire la création dans chaque mine d'une

---

<sup>112</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

<sup>113</sup> MOUTON (B.), « Histoire d'un régime spécial de sécurité sociale : Le Régime Minier », consulté le 23 juillet 2022.

Société de Secours Minière (SSM) chargée de distribuer des soins et des secours en cas de maladie, d'infirmité et de décès mais aussi de constituer une retraite pour les mineurs.

Le régime minier fut un précurseur en matière de protection sociale qui grâce à ses établissements et ses équipements a permis à plusieurs centaines de milliers de famille de bénéficier de soins et de prestations bien avant la création du régime de Sécurité Sociale que nous connaissons depuis 1945<sup>114</sup>. Ensuite, un décret de 1946 signe la création de 54 nouvelles SSM et des Unions Régionales (URSSM), réparties sur toute la France, dont le fondement est la gratuité des soins pour les mineurs. Les décennies suivantes, on regroupe les SSM par secteur géographique, puis on crée des SSM départementales. En 2003, l'appellation « dispensaires » disparaît au profit de centres de santé.

Les transformations sociales, technologiques et économiques ont provoqué de profonds changements des secteurs industriels et commerciaux. Certains secteurs dont les mines ont fortement décliné, entraînant une baisse considérable du nombre de cotisants actifs et donc une dégradation rapide du ratio cotisants-bénéficiaires, posant le problème de la viabilité de ce régime<sup>115</sup>. Ainsi, en 2005 les centres de santé sont ouverts à l'ensemble de la population, tous régimes de sécurité sociale confondus. En 2007, les SSM et l'URSSM fusionnent pour créer la Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les Mines (CARMI). En effet, les SSM ont toutes disparu mais les droits des mineurs sont maintenus, mais les retraités reçoivent normalement leur pension et les consultations et les soins conventionnés restent gratuits pour les bénéficiaires même s'ils vont dans le secteur libéral.

Deux ans plus tard, en 2008, la marque FILIERIS est lancée pour l'offre de santé du Régime Minier.

---

<sup>114</sup> MOUTON (B.), « Histoire d'un régime spécial de sécurité sociale : Le Régime Minier », consulté le 23 juillet 2022.

<sup>115</sup> MOUTON (B.), « Histoire d'un régime spécial de sécurité sociale : Le Régime Minier », consulté le 23 juillet 2022.

## **B) FILIERIS, la santé en action**

FILIERIS est un consortium médical qui dispense des soins diversifiés, organisé autour de centres de santé, d'équipements et de services. En effet, il provient du régime de protection sociale des mines. Ses structures sont gérées par la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM), et pilotées par les directions régionales. La CANSSM administre un régime spécial de sécurité sociale pour les mines, dont les activités bénéficiaires ont été graduellement confiées à d'autres organismes. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) gère l'assurance maladie, la maternité, les accidents du travail et maladies professionnelles. Concernant l'assurance des personnes âgées et handicapées, la Caisse des Dépôts et Consignation et l'Agence Nationale de Garantie des Droits des Mineurs (ANGDM) prendront en charge l'action sanitaire et sociale individuelle<sup>116</sup>.

La prestation de soins est organisée en chaînes autour de centres médicaux, permettant une pratique médicale de groupe et coordonnée et une prise en charge universelle des patients. En plus de ces services ambulanciers, FILIERIS assure également des soins dans les établissements médicaux (Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unités de Soins de Longue Durée (USLD)), les établissements médico-sociaux tels que les EHPAD, les résidences autonomes, d'hébergement et services. Parallèlement, FILIERIS a développé une importante activité de services, à savoir les équipes spécialisées dans la maladie d'Alzheimer, les services d'aide à domicile, ainsi que la vente et la location de matériel médical et les magasins d'optique. Chaque acteur de l'offre de soins travaille en coordination avec l'ensemble des structures déjà présentes sur le territoire, pour assurer la continuité des soins et un service global aux patients. Au quotidien, cette prise en charge est coordonnée avec les acteurs de santé régionaux comme les ARS, les conseils départementaux, les hôpitaux, mais aussi les spécialistes libéraux et la CPAM, notamment en santé publique.

Afin de poursuivre l'étude de FILIERIS, il est intéressant de s'intéresser à la gestion et la composition du groupe Nord.

---

<sup>116</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.  
<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

## **II) L'offre de soins FILIERIS dans le Nord**

L'offre de soins FILIERIS vise à apporter des réponses personnalisées et pluriprofessionnelles en prenant en compte l'environnement quotidien des patients tel que leurs habitudes de vie, leur territoire de résidence mais aussi leur âge et leurs difficultés socio-économiques... FILIERIS Nord est composé de différentes structures qui interviennent de manière coordonnée, cela facilite le maintien à domicile et permet aussi une prise en charge plus efficace<sup>117</sup>.

### **A) L'activité ambulatoire et les différents types de structures du groupe Nord**

Ainsi, dans le Nord l'offre se compose d'activités ambulatoires qui recouvre les activités sanitaires à savoir les centres de santé polyvalents de premier degré. C'est là où interviennent des médecins généralistes et des infirmiers de secteur ; les centres sont répartis sur le bassin minier de Auchel à Valenciennes. Deuxièmement, les centres de santé polyvalents de second degré qui recouvre, eux, une activité de médecine spécialisée. Ils sont répartis sur Anzin, Auchel, Billy-Montigny, Bruay-la-Buissière, Grenay, Lallaing, Lens et Oignies. Troisièmement, les centres de santé dentaire qui sont répartis sur Anzin, Billy-Montigny, Bruay-la-Buissière, Grenay, Lens, Liévin et Oignies également. Mais aussi les activités commerciales avec le laboratoire multi-sites d'analyses médicales qui est localisé au sein des cliniques de l'AHNAC, qui est un plateau central à Hénin-Beaumont et qui est composé en plus de deux sites périphériques sur Liévin et Divion.

Les activités commerciales ce sont aussi la vente et la location du matériel médical, les magasins d'optiques mais aussi les pharmacies... FILIERIS Nord comporte aussi plusieurs types de structures qui sont des établissements, on peut compter des SSR, des EHPAD, une USLD, des résidences autonomie et résidences de services.

Le groupe Nord est ainsi séparé en deux parties distinctes, la deuxième porte sur l'accompagnement et l'aide apportée aux personnes âgées et/ou dépendantes.

---

<sup>117</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

## **B) Le SPASAD, accompagnateur et aidant des personnes âgées et/ou dépendantes**

Le Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) est composé en premier lieu d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) qui vise à accompagner et aider les personnes âgées ou dépendantes dans leurs activités ordinaires, dans les actes essentiels mais aussi dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Ce service intervient en coordination avec l'ensemble des autres acteurs susceptibles de venir à domicile. Il est positionné sur l'ensemble du bassin minier afin de répondre au mieux aux besoins de ses patients, il est présent sur 5 sites de proximité situés sur Bruay-la-Buissière, Hénin-Beaumont, Lallaing, Lens et Anzin. Afin d'optimiser la continuité des services, une permanence administrative pour la gestion des appels téléphoniques urgents est mise en place en dehors des heures d'ouverture des sites de proximité.

Le SPASAD est composé également d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Ce service s'adresse aux patients sur prescription médicale qui ont plus de 60 ans en perte d'autonomie et/ou dépendants, et des moins de 60 ans présentant un handicap atteints de maladie chronique ou invalidante. Ce service a pour mission de favoriser le maintien à son domicile, de préserver son autonomie, d'éviter l'hospitalisation, de faciliter le retour au domicile après hospitalisation mais aussi d'assurer une fin de vie digne et confortable pour le patient. Le service pense aussi à accompagner l'entourage du patient. Il est composé d'un SSIAD Nord avec une coordination centrale située à Lallaing dont quatre antennes avec 240 places personnes âgées dont 12 places personnes handicapées de moins de 60 ans et 20 places équipe spécialisée Alzheimer à domicile. Mais aussi, un SSIAD Pas-de-Calais avec la coordination centrale à Bully-les-Mines, 8 antennes situées dans plusieurs villes avec 570 places personnes âgées dont 20 places équipe spécialisée Alzheimer à domicile.

En outre, FILIERIS oeuvre aussi pour endiguer et résorber les déserts médicaux sur le territoire national, en procurant à ses clients une meilleure qualité de service mais aussi en leur proposant des aides innovantes.



## SECTION II / ACTIONS ET MISSIONS POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Si certaines actions sont principalement conçues à destination des affiliés au régime minier, la plupart d'entre elles s'adresse à l'ensemble des populations situées sur les territoires d'intervention de l'offre de santé FILIERIS<sup>118</sup>.

### **I) Evoluer pour offrir une meilleure qualité de service**

Pour qu'aucun patient ne renonce à se soigner par manque de ressources, FILIERIS s'engage à ouvrir ses services à tous les régimes (A), à faciliter l'accès aux soins, accompagner chacun de ses patients avec attention, apporter un suivi pertinent qui commence par l'information de nos patients et la prévention et aussi simplifier les parcours de soins (B).

#### **A) FILIERIS, acteur de la santé publique française**

FILIERIS propose une approche globale des besoins de santé publique qui ne sont pas pleinement satisfaits dans les zones habitées où sont implantées ces structures. Son action s'inscrit dans une stratégie nationale de santé dont l'enjeu est de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, décliné à chaque territoire médical pour répondre aux besoins identifiés par l'ARS. Une approche globale et pluridisciplinaire repose sur la mobilisation des structures de santé FILIERIS pour délivrer des parcours de prévention personnalisés. L'information, l'identification, le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge sont intégrés dans la pratique quotidienne des professionnels de santé. En matière de santé publique, FILIERIS travaille sur plusieurs axes d'action, il répondra d'abord aux enjeux des maladies chroniques, il agira également pour mieux accompagner le processus de vieillissement et développera des actions ciblées pour favoriser la couverture vaccinale et renforcer et adapter les soins post- suivi professionnel des maladies professionnelles<sup>119</sup>.

Des opérations de regroupement de consultations secondaires peu fréquentées ou ne répondant pas aux normes d'accessibilité au sein des centres de santé de taille plus importantes sont engagées. Ce regroupement permet d'optimiser le fonctionnement des

---

<sup>118</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

<sup>119</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

centres médicaux pour mieux servir les patients avec des centres multi-spécialités, en allongeant les horaires d'ouverture mais aussi en renforçant la coordination des soins sans oublier l'engagement d'action pour la santé publique. Un plan pluriannuel d'activités de modernisation accompagne ce développement pour offrir aux patients des installations confortables et modernes. Une harmonisation de la signalétique des centres médicaux est également prévue. L'objectif est de rendre l'offre proposée plus attractive et de positionner davantage FILIERIS en tant que groupe de santé.<sup>120</sup>

FILIERIS, groupe de santé en devenir, a mis en place le portage de médicaments à domicile afin de permettre aux personnes âgées ou en manque de mobilité de pouvoir se soigner dans les temps.

## **B) Le portage de médicaments à domicile**

La population d'affiliés miniers diminue considérablement d'années en années, ainsi un bon nombre de pharmacies, qui sont exclusivement réservées encore aujourd'hui aux affiliés miniers, vont fermer leurs portes. En effet, les pharmacies FILIERIS n'ont pas eu l'autorisation de l'état pour permettre à tous de bénéficier de leurs services. Pour illustrer avec un exemple concret, la pharmacie d'Auchel, gérée par Filieris, a définitivement fermé ses portes au public le 29 juillet 2022.

Le portage des médicaments à domicile déjà proposé continuera à la fermeture des pharmacies pour les affiliés qui souhaitent conserver ce service de la pharmacie minière. Entre autres, les officines du régime minier ont mis en place une politique active permettant le portage à domicile des médicaments. Le portage consiste en la livraison de médicaments prescrits par un médecin du régime dont l'ordonnance est transmise directement à la pharmacie. Les pharmacies FILIERIS du Nord-Pas-de-Calais, du Centre, de l'Ouest, du Sud-Est et du Sud-Ouest pratiquent le portage des médicaments. Cette prestation est valorisée car essentielle auprès d'une population vieillissante en perte de mobilité<sup>121</sup>. Dans le cadre du portage, un agent FILIERIS ou une personne extérieure mandatée effectue des livraisons plusieurs fois par semaine pour distribuer les médicaments, ainsi que pour récupérer les surplus non utilisés et vérifier que l'ordonnance est bien respectée. Le portage n'est possible

---

<sup>120</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>

<sup>121</sup> CANSSM, *Rapport d'activité de l'offre de soins ambulatoires du régime minier*, 2010, p.25.

que dans le cadre d'une collaboration étroite entre le centre de santé et la pharmacie. C'est en effet, le centre de santé qui faxe l'ordonnance à l'officine la plus proche du domicile du patient, le pharmacien se chargeant alors de préparer les médicaments qui seront ensuite livrés aux patients<sup>122</sup>.

C'est dans ce cadre que s'inscrit plusieurs démarches et initiatives innovantes pour offrir une meilleure qualité de service de soins.

## **II) Initiatives innovantes pour une offre de soin au plus près des patients**

FILIERIS est à la tête de plusieurs initiatives avec en tête de file celle de la « Chrono'Dose » (A) mais aussi la mise en place de nouveaux centres de santé nouvelle génération (B).

### **A) Chrono'dose : vaccins en « *pickup* » dans les déserts médicaux**

Lancée en octobre 2021, Chrono'Dose est une initiative innovante mise en place par le docteur Romain Majchrzak, médecin généraliste au centre de santé Filieris de Lens et conseiller médical régional Filieris du Nord. L'idée est de faciliter la vaccination en ville, Chrono'Dose va proposer en *pickup* des monodoses déjà reconstituées qui ont six heures de durée de vie. Des livraisons sont mises en place et prévues deux fois par jour, le matin ou l'après-midi chez les professionnels de santé prescripteurs (médecins, pharmaciens, infirmiers et les sages-femmes). La campagne vaccinale est plus facile pour les personnes vivant assez loin des centres vaccinaux et/ou habitant dans une zone sous-dotée.

Les prescripteurs commandent les doses nécessaires au bon moment. Grâce à Chrono'Dose, les professionnels de santé peuvent vacciner plus facilement les patients tout en réduisant les contraintes logistiques. En effet, il n'est plus nécessaire d'organiser les groupes de patients en fonction du nombre de doses contenues dans le flacon et le vaccin est prêt (pas de reconstitution nécessaire)<sup>123</sup>. Le concept est simple, lorsqu'un médecin programme une séance de vaccination, il commande 48 heures à l'avance le nombre d'ordonnances reconstituées (vaccin unidose) dont il a besoin, auprès du centre de vaccination CPTS La

---

<sup>122</sup> CANSSM, *Rapport offre ambulatoire*, 2015, pp.41-43.

<sup>123</sup> X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.

<https://www.filieris.fr/actualites/1009-vaccination-filieris-innove-avec-l-experimentation-chrono-dose>

Gohelle à Lens. Le jour J, 30 minutes avant le début des vaccinations, le personnel de Filieris les lui remet, qui les récupère au centre de vaccination.

Fort de cette expérience, cette approche a été déployée dans toute la région, et FILIERIS continue son apogée en tant que groupe de santé national en devenir, en implantant dans tout le territoire des centres de services médicaux.

## **B) Ouverture de centres de services médicaux nouvelle génération**

Deux centres Filieris ouvrent à Bruay la Buissière et en ZAC des deux communes de Hénin Beaumont et Montigny en Gohelle. Ils sont le fruit de plusieurs collectifs destinés à synthétiser les conditions d'accueil et à faciliter le parcours de soins. Au rez-de-chaussée, il abrite le pôle médical de la ville délocalisé de la rue de la République. A l'étage prendra place, à partir du 27 juin 2022, une antenne du service tout-en-un de soins et d'aide à domicile, anciennement basée rue Louis Dussart<sup>124</sup>.

A compter du mardi 7 juin, le groupe de santé Filieris transfère ses centres de santé situés rue du Marais et rue de la Somme à Hénin Beaumont, au rez-de-chaussée de la résidence Artois, dans la ZAC des 2 villes. Cette restructuration s'inscrit dans un projet de renouvellement urbain visant à renforcer l'attractivité du quartier. FILIERIS met à la disposition des professionnels de la santé des installations plus adaptées et fonctionnelles. Le travail conjoint des médecins, des infirmières et du personnel à domicile sera plus fluide et efficace. C'est un véritable atout pour FILIERIS. Fruit de la convergence de plusieurs consultations à Forbach, le nouveau centre de santé Filieris propose, en un seul lieu, une large gamme de services de soins. Des professionnels de santé Filieris de trois anciens centres de la ville (rue Nationale, rue des Moulins et 29 avenue St Rémy) y consultent désormais (3 médecins généralistes et deux infirmiers diplômés d'Etat)<sup>125</sup>.

Maillons essentiels de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, les hôpitaux de proximité sont indispensables à notre système de santé. Depuis cette année, le PSB de Carmaux (Tarn) peut désormais être désigné comme tel. Un beau plus pour le personnel

---

<sup>124</sup> X, « Ouverture de deux nouveaux centres de santé dans le Nord », consulté le 2 juillet 2022.  
<https://www.filieris.fr/actualites/1050-ouverture-de-deux-nouveaux-centres-de-sante-dans-le-nord>

<sup>125</sup> X, « Un centre de santé Filieris tout neuf à Forbach », consulté le 2 juillet 2022.  
<https://www.filieris.fr/actualites/1063-un-centre-de-sante-filieris-tout-neuf-a-forbach>

soignant et pour FILIERIS. Offrant une large gamme de services médicaux, la Polyclinique Sainte Barbe propose des parcours de soins adaptés aux besoins des personnes : radiologie, conseil ambulatoire, soins de suite et de réadaptation, services neurologiques, recevoir des actions d'éducation thérapeutique, séances d'activité physique adaptées. Récemment modernisée, la structure a vu certains de ses équipements remplacés ou optimisés. La plateforme d'admission le jour même a été créée et le service de radiologie disposera prochainement d'outils de téléradiologie pour optimiser les lectures d'images et réduire les délais de rendez-vous. Ces aménagements visent également à améliorer l'accès aux soins dans un territoire qualifié de désert médical. Cette labellisation est également un élément d'attractivité supplémentaire pour attirer de nouveaux professionnels de santé : un gériatre est actuellement recherché pour compléter l'équipe<sup>126</sup>.

L'écoute des jeunes médecins montre qu'ils ne veulent plus exercer dans l'isolement (rejet de l'isolement intellectuel, volonté de maintenir une qualité de vie personnelle et familiale). L'installation des jeunes généralistes est de plus en plus tardive (allongement du temps de remplacement). Il faut donc prévoir à l'avenir une diminution de l'offre de soins et, d'autre part, une augmentation de la demande de soins<sup>127</sup>.

---

<sup>126</sup> X, « La Polyclinique Sainte Barbe de Carmaux, hôpital de proximité », consulté le 30 juin 2022.

<https://www.filieris.fr/actualites/1046-la-polyclinique-sainte-barbe-de-carmaux-hopital-de-proximite>

<sup>127</sup> GALLIOT (G.), « Incitations à l'installation des médecins en zones déficitaires rurales », consulté le 17 septembre 2021.

<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2005/10/22/incitations-a-linstallation-des-medecins-en-zones-deficitaires-rurales/>

## **CHAPITRE 2 / DES SOLUTIONS APPRÉCIABLES MAIS JUGÉES ENCORE INSUFFISANTES**

Les zones dites « fragiles » et « difficiles » apparaissent comme des zones rurales peu peuplées. La population associée aux quartiers défavorisés représente 0,6 à 4,1 % (selon les critères) de la population française, c'est donc vraiment un petit pourcentage de notre population. Cependant, il y a un risque sérieux pour demain, risque lié à la diminution de l'offre de soins et aux aspirations des professionnels confirmés ou jeunes diplômés. Les jeunes médecins comprennent l'exercice actuel dans l'ambulance et souhaitent mieux organiser la permanence des soins. L'éloignement des zones rurales est associé à l'isolement, avec la nécessité d'assurer des soins de longue durée très limités avec un impact sur l'habitat. Les zones rurales ne sont pas favorables à l'emploi du conjoint et entraînent souvent des problèmes de scolarisation des enfants<sup>128</sup>. La France a, comme beaucoup d'autres pays, commencé par des dispositifs d'incitations financières, mais très vite l'idée s'est imposée qu'elles ne suffisaient pas.

### **SECTION I / LES DISPOSITIFS D'INCITATIONS FINANCIÈRES**

La France a d'abord opté pour l'incitation à l'installation, puis elle s'est mise à développer des aides financières afin d'inciter de manière plus appuyée les médecins pour une installation dans une zone sous-dense.

#### **D) De l'incitation à l'installation vers une assistance financière à l'installation**

Des incitations devront être trouvées pour inciter les médecins en voie d'installation d'aller dans les zones défavorisées démographiquement mais aussi des incitations particulières pour les médecins installés afin de les y maintenir.

---

<sup>128</sup> GALLIOT (G.), « Incitations à l'installation des médecins en zones déficitaires rurales », consulté le 17 septembre 2021.  
<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2005/10/22/incitations-a-linstallation-des-medecins-en-zones-deficitaires-rurales/>

## **A) Incitations conventionnelles à l'installation dans les zones déficitaires**

Selon la loi n° 931436 du 31 décembre 1993, la dotation de développement rural a pour objet de favoriser le développement économique ou social des communautés rurales en subventionnant des projets d'investissements communautaires que les communes font avec leurs propres impôts. Le gouverneur décide des projets subventionnés, l'investissement des collectivités locales (communautés de villes, conseils généraux et régionaux) nécessitera un financement « clé en main » du site. Il est nécessaire de créer les conditions d'emprunts d'Etat à taux d'intérêt bonifiés comme dans le secteur industriel. Il faut apporter des aides pérennes à l'informatisation et à la mise en réseau, créer des incitations à la prévention dans le cadre des contrats de santé publique, et enfin des aides à la sécurisation des locaux. Ces maisons médicales pluridisciplinaires ne sont pas des centres de santé, il doit y persister un exercice exclusivement libéral<sup>129</sup>.

Les premières mesures ont été introduites en 2007 par l'avenant à l'accord santé de 2005 (augmentation de 20% des honoraires des médecins exerçant en groupe dans les zones peu denses). L'accord de 2011 a révisé ce dispositif (10% pour les médecins exerçant en groupe, 5% pour ceux exerçant dans le cadre d'un centre médical, les montants totaux étant plafonnés) et a ajouté des aides à l'investissement et à l'installation. Une rémunération supplémentaire est également prévue pour les médecins qui n'exercent pas dans des zones défavorisées, mais qui acceptent de consacrer une partie de leur temps médical à aider leurs collègues<sup>130</sup>.

Ainsi, l'incitation conventionnelle à l'installation des médecins n'ayant pas eu les résultats escomptés, elle a été remplacée par quatre types d'aides, afin d'assister financièrement les médecins dans leur installation.

---

<sup>129</sup> GALLIOT (G.), « Incitations à l'installation des médecins en zones déficitaires rurales », consulté le 17 septembre 2021.

<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2005/10/22/incitations-a-linstallation-des-medecins-en-zones-deficitaires-rurales/>

<sup>130</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.63

## **B) Remplacées par quatre types d'aides**

La convention de 2016 remplace les premières mesures par quatre types d'aides, la première étant le contrat d'aide à l'installation pour les médecins (CAIM). Le CAIM est une aide financière accordée une seule fois et versée aux médecins en 2 fois, 50 % dès l'installation en zone fragile et 50 % après 1 an. Elle vise à vous aider à faire face aux frais d'investissement liés au début de votre activité (locaux, équipements, charges diverses...). C'est une aide forfaitaire à l'installation pouvant aller jusqu'à 50 000 euros<sup>131</sup>. Si une partie de l'activité libérale est exercée au sein d'un hôpital de proximité, une majoration de 2500 € de l'aide est perçue par le médecin. Cette majoration est versée en deux fois, 50 % à la signature et 50 % un an plus tard<sup>132</sup>. Deuxièmement, les médecins qui s'apprêtent à quitter leur cabinet et s'engagent à accompagner un confrère nouvellement installé dans leur cabinet pendant trois ans peuvent signer un contrat de transition (COTRAM) et bénéficier d'une rémunération complémentaire (10% des honoraires, plafonnée).

Puis, le contrat de coordination et de stabilisation des médecins (COSCOM) propose une prime forfaitaire de séjour dans un territoire moins dense en fonction de la pratique de la coordination. Ce contrat encourage les médecins à s'engager dans des démarches coordonnées de prise en charge de leurs patients sur un territoire donné ; former les futurs diplômés pour faciliter leur installation et leur maintien en pratique libre, sur ces territoires ; exerçant une partie de leurs activités indépendantes dans les hôpitaux locaux. Il s'agit d'un contrat de 3 ans avec renouvellement tacite. Une subvention forfaitaire annuelle de 5 000 € est accordée, qui peut être majorée de 1 250 € par an si une partie du travail indépendant est effectuée dans un hôpital local ainsi qu'une rémunération supplémentaire de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein<sup>133</sup>. Et enfin, les médecins non installés dans les zones défavorisées sont incités, par des primes d'honoraires, à épauler les collègues qui y sont installés, selon des modalités plus souples que le système précédent, contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM). L'Assurance maladie dénombreait, en juin 2019, 859 CAIM actifs, 2 004 COSCOM, 66 COTRAM et 74 CSTM.

---

<sup>131</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, 78p.

<sup>132</sup> X, « Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées », consulté le 9 octobre 2021. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>

<sup>133</sup> X, « Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées », consulté le 9 octobre 2021. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>



Par ailleurs, les ARS et collectivités territoriales deviennent les bienfaitrices des zones en sous densité médicale.

## **II) L'ARS et les collectivités territoriales, commanditaires des installations des médecins en zone de sous-densité médicale**

L'ARS passe un certain nombre de contrats avec les jeunes médecins pour résorber les régions en manque de ressources (A). De même, les collectivités territoriales proposent des bourses afin d'attirer les médecins et professionnels de santé dans leurs collectivités (B).

### **A) Contractualisation avec les Agences Régionales de Santé (ARS)**

Inscrit dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) est destiné à inciter les jeunes médecins à s'installer en tant qu'indépendants dans les régions en manque de ressources, en assurant, pendant la durée du contrat, la sécurité des revenus et une meilleure protection sociale en cas de congé maladie ou maternité<sup>134</sup>.

Le système de garantie de ressources et de protection sociale a été étendu aux autres spécialités médicales en 2015 par le biais d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA). Le PTMA peut exercer dans plusieurs lieux situés au sein des zones ou territoires fragiles d'une même région au sens de l'article R.1435-9-10 du Code de la santé publique. Le PTMA s'engage à exercer exclusivement et durant toute l'année sur les territoires définis au présent contrat. Il a été complété en 2017 par la création d'un contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR), destiné à faciliter la gestation pour autrui dans les zones défavorisées. Ce contrat engage le professionnel conventionné à effectuer un travail alternatif indépendant dans un ou plusieurs cabinets médicaux situés dans des zones défavorisées, avec un minimum de conduite, en contrepartie de la garantie d'une rémunération minimale et d'un service d'assistance administrative. Un contrat spécifique a également été proposé aux praticiens isolés à l'activité saisonnière (PIAS)<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.63

<sup>135</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.63.

En mai 2019, des données provisoires montraient que 1208 jeunes ont signé un contrat PTMG (dont 274 toujours actifs) et 71 ont signé un contrat PTMA (48 sont toujours actifs)<sup>136</sup>. Depuis fin 2020, ces quatre contrats ont été regroupés en un seul accord, le premier contrat de l'année, signé avec l'ARS.

## **B) Bourses et aides financières des collectivités territoriales**

La France a mis en place un contrat d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants et les internes, institué par la loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, puis re-validé par le Pacte Territoire Santé, qui propose aux étudiants la possibilité de recevoir des bourses d'un montant total de 1200 euros par mois, en échange de leur engagement dans un stage dans les zones sous-dotées pour une durée égale au règlement de la bourse<sup>137</sup>. La durée d'engagement est égale à la durée d'indemnisation et ne doit pas être inférieure à deux ans. Pour être éligible, l'étudiant ou le stagiaire doit présenter un projet professionnel précis et indiquer les lieux où il souhaiterait effectuer un stage dans le futur<sup>138</sup>. Environ 2700 contrats ont été signés par des étudiants et internes en médecine entre les campagnes 2010-2011 et 2018-2019 (en cumulé), pour un peu plus de 4 000 contrats offerts<sup>139</sup>. Ce succès est tout de même mitigé et s'explique en partie par la forte réticence des étudiants à participer à un système qu'ils perçoivent comme trop rigide et dont les opinions leur semblent tirées par les cheveux et difficiles à lire<sup>140</sup>.

De nombreuses bourses ou aides financières sont également accordées par les collectivités territoriales en échange de l'installation. Une enquête menée en 2019<sup>141</sup> rapporte qu'au moins 20 conseils au niveau facultaire offrent des bourses et environ 10 aides financières (en plus d'un soutien à l'investissement dans des centres médicaux multi-spécialités). La loi permet en effet aux collectivités territoriales d'attribuer « des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé » dans les zones

---

<sup>136</sup> AUGROS (S.), *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, Rapport du Dr Sophie Augros*, septembre 2019, p.21.

<sup>137</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.63.

<sup>138</sup> BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, n°46, 2014, pp.161-171.

<sup>139</sup> POLTON (D.), *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques*, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.63.

<sup>140</sup> BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, n°46, 2014, pp.161-171.

<sup>141</sup> AUGROS (S.), *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, Rapport du Dr Sophie Augros*, septembre 2019, p.15.

sous-denses au sens du Code de la santé publique (sont ici visées à la fois les ZIP et les ZAC). Elles peuvent aussi accorder une « indemnité d'étude et de projet professionnel » (dite « bourse d'études ») à tout étudiant en médecine ou odontologie s'il s'engage à exercer au moins cinq années dans l'une de ces zones. Là encore, un plafond ainsi que des conditions d'attribution sont définis au niveau réglementaire.

Les mesures financières devenues insuffisantes, la formation et l'accompagnement des professionnels est mis en avant afin de sensibiliser ces derniers à la problématique des déserts médicaux.

## SECTION II / MESURES CONCERNANT LA FORMATION, L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS ET L'AMELIORATION DES CONDITIONS D'EXERCICE

Afin de faire évoluer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé mais aussi les accompagner afin de permettre un meilleur accès aux soins pour les patients, il faut moderniser le système de santé en place, et pour cela les infirmiers proposent un certain nombre d'idées surprenantes.

### **D) Vers une modernisation du système de santé, limitatrice des inégalités d'accès aux soins**

Premièrement, la modernisation du système de santé est permise par un nombre d'actions diverses et variées (B). Mais c'est avec le projet régional de santé qu'elle est surtout permise, c'est l'ensemble des priorités que l'ARS met en œuvre avec ses partenaires pour améliorer l'état de santé des habitants de la région, favoriser au quotidien leur accès à la santé, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. (A)

## **A) Le Projet Régional de Santé : réducteur des inégalités sociales et territoriales de santé**

Le Projet Régional de Santé (PRS) des Hauts-de-France est construit autour de sept orientations stratégiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.<sup>142</sup> Ces orientations, ainsi que les résultats attendus, sont définies dans le Cadre d'orientation stratégique. Elles sont déclinées dans le Schéma régional de santé en 23 objectifs qui seront mis en œuvre pendant la durée du schéma au travers de plans d'actions. Un suivi annuel de ces plans sera réalisé, au niveau régional et territorial.

La première orientation est la promotion d'un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge<sup>143</sup>, c'est-à-dire de promouvoir un environnement favorable à la santé ; des comportements favorables à la santé ainsi que la santé des jeunes. La seconde est la mobilisation des acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé. Ces dernières passent par cibler les femmes-mères-enfants les plus vulnérables et accompagner le vieillissement et les aidants. Une des réponses est de permettre la promotion des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap. en repérant et organisant les filières Diabète, Obésité et Insuffisance Rénale Chronique. Les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers seront réduites, et il y aura un parcours de vie en santé mentale favorisé en veillant à limiter les hospitalisations. L'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives sera amélioré. Pour finir, le parcours des patients atteints de maladies cardio-neuro vasculaires ou respiratoires sévères sera optimisé.

Troisièmement, garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique<sup>144</sup>. Il faut lutter contre la désertification ; améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ; mettre en oeuvre la révolution numérique ; puis garantir l'accès aux urgences, à l'imagerie médicale, aux soins critiques et palliatifs, ainsi que poursuivre la

---

<sup>142</sup> VERDIER (A.), « Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 », Lille : ARS Haut-de-France, 31 juillet 2019, pp.1-10.

<sup>143</sup> VERDIER (A.), « Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 », Lille : ARS Haut-de-France, 31 juillet 2019, pp.1-10.

<sup>144</sup> VERDIER (A.), « Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 », Lille : ARS Haut-de-France, 31 juillet 2019, pp.1-10.

dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité. L'orientation quatre s'intitule « garantir l'efficacité et la qualité du système de santé », en garantissant l'efficacité des établissements de santé, médico-sociaux et des opérateurs de prévention ; poursuivant le développement des alternatives à l'hospitalisation mais aussi en développant la culture et le souci permanent de la qualité et de la sécurité des soins. Les trois dernières orientations sont « Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires »; « Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales » et « Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé ».

Une réforme complète des études médicales avec régionalisation de l'examen classant apparaît souhaitable. Le temps du praticien isolé est révolu et la médecine de groupe doit être encouragée, avec des incitations économiques directes et fiscales afin de rendre plus attractive l'activité du généraliste.

## **B) Une modernisation accélérée mais nécessaire du système de santé**

Tout d'abord, la télémédecine qui se développe (plus vite que jamais grâce à la crise de la Covid-19), à condition néanmoins que soit pris en charge également le problème des déserts numériques. Succès exponentiel sous l'effet de la crise sanitaire passant ainsi de 28 000 téléconsultations en décembre 2019 à 4,3 millions en avril 2020. Si la téléconsultation présente de nombreux avantages - réduction des délais, accès facilités à des avis spécialisés, amélioration du suivi des pathologies chroniques – elle comporte également des limites, cette pratique ne pouvant être adaptée à tous les motifs de consultation (*voir graphique n°VII, placé en annexe X*).<sup>145</sup>

De plus, il serait judicieux de sensibiliser les citoyens à propos de la désertification alarmante de façon qu'ils privilégient les consultations chez leurs médecins généralistes plutôt que les services d'urgence, afin d'éviter un afflux trop important de patients (citadins et ruraux) créant une surcharge dans les hôpitaux. Mais aussi développer l'exercice médical coordonné, il favorise la prise en charge de pathologies complexes par des équipes pluriprofessionnelles ; cette nouvelle manière d'exercer semble connaître un essor, à travers le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (plus 30 % entre 2017 et 2020)

---

<sup>145</sup> KAHINA, « Des inégalités d'accès aux soins encore trop importantes et qui risquent de s'accroître à l'avenir, selon la Mutualité française », *previssima.fr*, 12 octobre 2020, 3p.

et des centres de santé (plus 39 % entre 2017 et 2020). A ce stade toutefois, les données ne sont pas suffisantes pour permettre d'évaluer l'impact de l'exercice coordonné sur l'amélioration de l'accès aux soins (*voir le diagramme N°III, placé en annexe X*).<sup>146</sup>

Mais aussi, encourager les généralistes à s'installer dans ces territoires mal couverts par les soins de premier recours est un levier souvent évoqué, au mieux jugé insuffisant, au pire utopique, par les analystes. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui regroupent des professionnels de santé libéraux, et les centres de santé, qui regroupent des professionnels de santé salariés, ont néanmoins permis d'atténuer le problème dans certains territoires. Mais aussi augmenter le nombre de généralistes peut également aider. La loi santé du 24 juillet 2019 a supprimé le *numerus clausus* depuis la rentrée 2020 en médecine, dentaire, pharmacie et maïeutique (sage-femme). Une réforme qui devrait augmenter d'environ 20% le nombre de médecins formés et qui impose par ailleurs à partir de janvier 2021 aux internes de médecine générale (notamment) d'effectuer en dernière année un stage ambulatoire en autonomie supervisée, « en priorité » dans les zones sous-denses. Il faudrait faire appel à des médecins étrangers afin de résoudre rapidement cette crise à court terme.

L'élargissement des missions de certains infirmiers, initié depuis quelques années, est également une piste (à laquelle les médecins ne sont pas nécessairement favorables). Cela va d'infirmiers de pratique avancée déployés sur le territoire, à des vacations assurées par les infirmiers libéraux et hospitaliers pour des soins de premier recours.<sup>147</sup>

## **II) Quatre propositions étonnantes de la part des infirmiers libéraux**

Face à ce constat alarmant, l'Union régionale a donc décidé de monter au créneau pour répondre à ces incertitudes. Et surtout, proposer quatre suggestions concrètes et pratiques pour améliorer la prise en charge des patients et éviter les interruptions de soins.

---

<sup>146</sup> KAHINA, « Des inégalités d'accès aux soins encore trop importantes et qui risquent de s'accroître à l'avenir, selon la Mutualité française », *previssima.fr*, 12 octobre 2020, 3p.

<sup>147</sup> RECORBET (S.), « Où sont les déserts médicaux dans nos départements ? », *in Santé*, *leprogres.fr*, 12 décembre 2020 mis à jour le 21 décembre 2020, 6p.

## A) Reconnaissance et évolution du statut d'infirmier de famille

La première proposition des infirmiers est de faire reconnaître officiellement le statut d'infirmier de famille. Selon Mme Ruiz, secrétaire générale URPS infirmiers ARA de Saint-Chamond :

*« Les mentalités évoluent depuis la crise sanitaire. Le statut d'infirmier de famille, préconisé par l'OMS, a déjà été officiellement adopté par le parlement italien. Désormais, il faut que la France suive la même voie. ».*

Le domaine d'intervention de l'infirmière de famille, dans le cadre d'un rôle infirmier spécifique, comprend en effet des fonctions telles que le conseil infirmier, l'évaluation de la dépendance, l'accompagnement et l'élaboration d'un projet de soins, mais surtout la coordination sociale et les soins, ce qui s'inscrit parfaitement dans l'objectif du « Plan Ma Santé 2022 »<sup>148</sup>.

La dernière proposition de la part des infirmiers est l'accès libre à l'élaboration du constat de décès par l'infirmier libéral de famille. En effet, certains députés, dont l'infirmière adjointe Emmanuelle Fontaine Domeizel, ont également soutenu que certains délais de déclaration de décès étaient déraisonnables et entraînaient des moments d'immense souffrance au niveau des familles, qui n'étaient pas informées du décès. Mais aussi pour les soignants qui n'ont pas l'autorisation d'effectuer les travaux relatifs à la conservation du corps des pompes funèbres. Ainsi, les socialistes ont déposé un autre amendement qui élargissait les compétences de toutes les infirmières pour obtenir une certification dans des domaines bien définis et suivre des formations appropriées<sup>149</sup>. Au final, les amendements ont finalement été retoqués, c'est pour cette raison que les infirmiers en font à nouveau la demande.

Le discours actuel prônant l'autonomisation et la responsabilité vise à transférer le pouvoir de l'organisation vers les individus et ainsi augmenter leur efficacité grâce aux développements individuels des compétences.

---

<sup>148</sup> X, « "Infirmier(e)s de famille" : la voie de la reconnaissance est ouverte ! », consulté le 14 mai 2022. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmiers-famille-voie-reconnaissance-ouverte.html>

<sup>149</sup> X, « Certificats de décès délivrés par les infirmiers : oui mais non... », consulté le 14 mai 2022. <https://www.infirmiers.com/actualites/revue-de-presse/certificats-de-deces-delivres-par-les-infirmiers-oui-mais-non.html>

## **B) Responsabiliser et autonomiser les infirmiers**

De surcroît, depuis 2016, les infirmières peuvent prescrire des analyses de laboratoire et des produits, pansements ou médicaments topiques utilisés dans le soin des plaies. De même, elles peuvent également prescrire des médicaments ayant trait à des programmes de santé publique, en matière de contraception hormonale et d'infections transmises sexuellement et par le sang. Elles pourront aussi prescrire des suppléments vitaminiques aux femmes enceintes. Cependant, les infirmiers font une nouvelle proposition afin de pallier aux inégalités d'accès aux soins, due parfois à l'attente de prescription obligatoirement faite par un médecin. Ainsi, les infirmiers demandent de pouvoir rédiger des ordonnances et prescrire des examens paracliniques tels que les analyses d'urine et les prises de sang...

Les infirmiers souhaitent en somme être responsabilisés et obtenir une certaine autonomie, ainsi ils souhaitent pouvoir renouveler à l'identique les traitements médicamenteux des patients chroniques pour éviter une rupture de soins. Un infirmier témoigne en faveur de cette proposition :

*« L'un de mes patients, souffrant d'hypertension chronique, n'a pas pu renouveler son traitement car dans l'impossibilité de joindre son médecin. Lorsque je suis arrivé à son domicile pour une prise de sang, j'ai constaté qu'il n'avait pas pris son médicament antihypertenseur depuis 5 jours. Sa tension était montée à 23. Il y avait un risque élevé d'AVC. Il a été pris en charge en urgence. La non-observance d'un traitement médicamenteux est souvent à l'origine d'hospitalisation, voire de décès. Parfois, on essaie de faire jouer le système D pour pallier les carences des médecins. Mais ce n'est pas toujours possible ».*

Un rapport de la DREES balaie les solutions de plusieurs pays de l'OCDE pour mieux répartir l'offre de médecins sur leur territoire. Ainsi, l'étude doit se poursuivre sur la comparaison avec des pays européens mais aussi provenant d'autres continents, afin de mieux appréhender cette problématique d'accès territorial aux soins.



## TITRE 2 / QUELQUES RÉFLEXIONS ISSUES DES EXPÉRIENCES AU DELÀ DES FRONTIÈRES FRANÇAISES

Il ressort de la littérature internationale, mais aussi des études de la situation française, que le choix de s'installer en zone mal desservie est avant tout lié à une série de facteurs individuels : les liens. Le lien que l'on peut avoir avec ce type de territoire, soit parce que l'on grandit là-bas ou parce que nous y avons de la famille ou des relations proches, cela se traduit par le désir d'exercer la médecine familiale. La formation (par des contenus ou des lieux de formation spécifiques) peut contribuer à renforcer ces orientations, dans des proportions difficiles à estimer. Outre les facteurs personnels, les conditions d'exercice, notamment la capacité à maîtriser la charge de travail et surtout à ne pas s'isoler professionnellement, déterminent aussi de plus en plus le choix du lieu d'exercice. L'expérience de vie dans ce régime est importante pour décider de continuer à exercer sur ce territoire. Les aspects financiers sont également importants. Mais celle-ci varie selon les caractéristiques du système de santé et des domaines connexes, et leur poids semble secondaire par rapport aux autres conditions d'évolution de carrière<sup>150</sup>. En définitive, le contexte du territoire lui-même, les aménagements et la gamme de services éducatifs, culturels et récréatifs qu'il peut offrir pèseront sur les décisions d'établissement et pourront prendre plus ou moins d'importance selon le moment du cycle de vie.

---

<sup>150</sup> POLTON (D.), Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, p.7.

# **CHAPITRE 1 / DES PAYS INSPIRANTS DANS LEUR GESTION ET RÉSORPTION DES DÉSERTS MÉDICAUX**

A l'heure où l'accès aux soins fait débat en France et pose des problèmes au Royaume-Unis, en Allemagne, en Espagne et en Belgique, un irréductible pays européen ne rencontre pas ces difficultés : Les Pays-Bas.

## **SECTION I / LES POLITIQUES EFFICACES AU VU DE L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE**

Au final, augmenter l'offre de soins et améliorer sa répartition territoriale passe à la fois par des politiques d'incitation à l'installation et par des politiques de soutien aux professionnels exerçant dans des zones défavorisées. Mais aussi par la collaboration entre pays pour œuvrer contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

### **I) Les politiques d'incitation à l'installation des médecins**

Si la nouvelle loi santé a pour objectif de donner un meilleur accès aux soins dans toute la France, en Allemagne plusieurs solutions ont été mises en œuvre (A). En premier lieu, une meilleure répartition des praticiens sur le territoire (B).

#### **A) Liberté d'installation sous contrôle en Allemagne et au Québec**

Alors que la France veut lutter contre les déserts médicaux, l'Allemagne et le Québec ont pris des mesures qui concernent notamment la liberté d'installation des médecins.<sup>151</sup>

##### **1) Le *Bedarfsplan* : le dispositif allemand**

Au sein de l'ancienne Allemagne de l'Est, de nombreux déserts médicaux s'élargissent, les salles d'attente débordent, il faut patienter parfois plusieurs heures pour être reçu. Les médecins se désolent et affirment qu'un nombre important de patients ne peuvent attendre debout, ils sont ainsi contraints de partir. Cette problématique est loin de se résorber

---

<sup>151</sup> ROUX (G.), « C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne », consulté le 1er août 2022.

[https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande\\_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne,m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne,m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20)

puisque beaucoup de retraite sont prévues mais il n'y a aucun remplaçant pour reprendre leur patientèle.<sup>152</sup> En Allemagne, les médecins sont théoriquement libres de s'installer où ils veulent, toutefois cette liberté est contrôlée par le « *Bedarfsplan* », un dispositif de régulation des installations<sup>153</sup>. Les praticiens ne sont conventionnés auprès de la Sécurité Sociale que dans les zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur à un seuil fixé par les autorités. Plus précisément, l'installation est impossible dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10% à la moyenne nationale. Ces décisions sont prises au niveau local en tenant compte des spécialités médicales.

Les médecins déjà installés dans les zones supérieures de 10% ne sont pas délogés à cause du *Bedarfsplan* ; ils gardent leur conventionnement. Seules les nouvelles installations de médecins sont concernées. Par ailleurs, le *Bedarfsplan* a été affiné ces dernières années. Les autorités regardent dorénavant l'âge des populations de la zone concernée, s'il y a beaucoup de personnes âgées, la zone aura besoin de plus de médecins. Quoi qu'il en soit, le *Bedarfsplan* a permis en quelques années d'augmenter la densité de médecins dans les campagnes allemandes<sup>154</sup>.

## 2) La récompense ou la punition (la carotte ou le bâton) : la méthode québécoise

Au Québec, pour favoriser l'installation des jeunes médecins et lutter contre les déserts médicaux, on les aide et on leur promet un bonus de 30 % sur leurs actes. S'ils ne respectent pas les règles d'installation, les jeunes médecins sont sanctionnés<sup>155</sup>. Les autorités

---

<sup>152</sup> X, « Allemagne : les déserts médicaux se multiplient dans les territoires de l'ex-RDA », consulté le 1er août 2022. [https://www.francetvinfo.fr/economie/crise/crise-europeenne/allemande-les-deserts-medicaux-se-multiplient-dans-les-territoires-de-l-ex-rda\\_3600327.html](https://www.francetvinfo.fr/economie/crise/crise-europeenne/allemande-les-deserts-medicaux-se-multiplient-dans-les-territoires-de-l-ex-rda_3600327.html)

<sup>153</sup> ROUX (G.), « C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne », consulté le 1er août 2022.

[https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande\\_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20)

<sup>154</sup> ROUX (G.), « C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne », consulté le 1er août 2022.

[https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande\\_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20)

<sup>155</sup> X, « Déserts médicaux : la méthode québécoise pour éviter les zones blanches », consulté le 21 mai 2022. [https://www.francetvinfo.fr/monde/canada/quebec/deserts-medicaux-la-methode-quebecoise-pour-eviter-les-zones-blanches\\_4915821.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/canada/quebec/deserts-medicaux-la-methode-quebecoise-pour-eviter-les-zones-blanches_4915821.html)

baissent leurs revenus de 30 %. Malgré toutes ces contraintes, ce n'est pas forcément ce que les médecins québécois retiennent de leur installation dans les zones blanches. Au Québec, les installations de médecins conventionnés sont subordonnées à l'obtention d'un avis de conformité au plan de l'agence régionale de la santé et les généralistes qui exercent sans avis de conformité voient leur rémunération réduite.

En France, s'agissant de la répartition géographique des médecins sur le territoire français, le principe de la liberté d'installation a été jusqu'à ce jour préservé et l'accès au conventionnement est libre. Seules, des mesures incitatives ont été mises en place récemment pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins dans les zones où l'offre de soins médicaux est insuffisante, ces zones étant identifiées notamment par les missions régionales de santé, rappelle-t-on.

## **B) Le médecin en bus**

L'argent est aussi un moyen de redessiner la carte des déserts médicaux. C'est le cas dans le land de Hesse, qui comporte des campagnes avec une population vieillissante. Dans cette région, les autorités peuvent accorder à un médecin jusqu'à 66 000 euros sur cinq ans pour encourager son installation dans un désert médical. Dans ces secteurs, les médecins qui repoussent leur départ à la retraite peuvent aussi toucher 2 000 euros par trimestre. Le land de Hesse manque encore de praticiens à la campagne, pour y remédier la fédération régionale des médecins a donc lancé le *Medibus*, un bus médical, qui sillonne la campagne comme un boulanger itinérant. Dans le bus se trouve un cabinet médical complet. Le médecin à bord reçoit en moyenne 35 patients par jour, dont 70% ont plus de 55 ans et 30% plus de 76 ans. Pour ceux qui ne peuvent plus se déplacer, le Médibus est devenu la solution<sup>156</sup>. Le *Medibus* a d'ailleurs reçu une autorisation exceptionnelle pour pratiquer la « médecine foraine » (itinérante), en principe interdite<sup>157</sup>.

---

<sup>156</sup> ROUX (G.), « C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne », consulté le 1er août 2022.

[https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande\\_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne.m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20)

<sup>157</sup> AFP, « Allemagne : un bus pour remédier aux déserts médicaux », consulté le 8 août 2022. [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux\\_130407](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux_130407)

Loin de se limiter à l'Allemagne, la multiplication des déserts médicaux et les réflexions pour y remédier concernent une grande partie de l'Europe<sup>158</sup>. La France a suivi l'exemple de sa voisine allemande pour pallier le manque de médecins, ainsi dans l'Est de l'Orne un bus va sillonner les routes du Perche et du Pays d'Ouche, avec à son bord des professionnels de santé. À compter d'octobre 2020, le dispositif baptisé *Médicobus* proposera une offre de soins mobile. L'équipe se compose d'une douzaine de médecins. Ils se relaieront pour recevoir les patients en consultations dans les communes les plus impactées par la désertification médicale<sup>159</sup>.

Afin d'accentuer l'idée de l'offre de soins mobile, la coopération transfrontalière en santé facilite d'une part le passage de la frontière a été mise sur le devant de la scène. Concrètement, cette coopération permet d'une part de favoriser la mobilité des patients et des professionnels de la santé. D'autre part, elle développe un accès à une offre à la frontière de soins de qualité, par l'utilisation d'équipements communs, de services partagés et de facilités disponibles dans l'espace transfrontalier<sup>160</sup>.

## **II) Le développement d'un accès aux soins transfrontalier**

L'idée d'un hôpital transfrontalier offrant des soins de santé à la population de la Cerdagne et du Capcir a été envisagé à la fin des années 1990 et a été concrétisé avec la création d'une entité de droit public européen : le Groupement Européen de Coopération Territoriale- Hôpital de Cerdagne. Cette idée a inspiré leurs voisins européens, puisqu'en 2021, l'Europe a vu ouvrir son premier centre médical transfrontalier.

---

<sup>158</sup> AFP, « Allemagne : un bus pour remédier aux déserts médicaux », consulté le 8 août 2022. [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux\\_130407](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux_130407)

<sup>159</sup> JOUVIN (E.), « Pour pallier le manque de médecins, le *Médicobus* sillonnera les routes de l'Orne », *Le Perche*, 28 septembre 2020.

<sup>160</sup> X, « La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé : principes et pratiques », consulté le 7 septembre 2021. [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/fr/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice](https://ec.europa.eu/regional_policy/fr/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice)

## A) Le premier hôpital transfrontalier d'Europe

En septembre 2014, le premier hôpital transfrontalier d'Europe a ouvert ses portes aux patients espagnols et français, à Puigcerdà (Espagne), ville catalane de 10 000 habitants située sur le plateau montagneux de la Cerdagne, au cœur des Pyrénées<sup>161</sup>. Cet hôpital est original dans sa composition, en effet les équipes seront de cultures française et catalane, afin de s'adresser dans leur langue aux patients des deux pays. L'ouverture de l'hôpital transfrontalier était initialement prévue pour 2007 puis annoncée pour 2012. Le GECT-Hôpital de Cerdagne est géré conjointement par les services publics de Santé de la Catalogne et de la France et offre le service d'hospitalisation d'aigus, de soins spécialisés et d'urgences<sup>162</sup>. La création de cet hôpital transfrontalier permet à la population vivant dans cette région de montagne isolée d'avoir accès à des soins plus rapidement, une population qui peut croître énormément en saison touristique par ailleurs. Il vise à fournir, notamment, des soins d'urgence et d'obstétrique qui ne pouvaient être pris en charge qu'à Perpignan, soit à plus de 100 km du territoire, ce qui correspond à 1h30 de route minimum<sup>163</sup>. L'Hôpital transfrontalier de Cerdagne est un hôpital unique en son genre, il vise à garantir la disponibilité de soins de santé adéquats et polyvalents à la population locale.

L'établissement servira non seulement de lieu de traitement des problèmes médicaux aigus, mais aussi de noyau d'un réseau de services de santé transfrontaliers. Cofinancé par le Fonds européen de développement régional, l'hôpital a été équipé de 64 lits, 32 chambres, trois salles d'opération, une salle d'accouchement et des installations polyvalentes supplémentaires. Il sera en mesure de fournir aux patients un accès rapide et facile aux services médicaux les plus courants, tout en leur donnant la possibilité d'utiliser les nouveaux centres de santé transfrontaliers d'excellence dans les domaines de la gériatrie, de la réadaptation et de la pédiatrie<sup>164</sup>. Cependant, une complication existe sous la forme de différences entre le système public de soins de santé (SSP) et les capacités institutionnelles

---

<sup>161</sup> X, « Le premier hôpital transfrontalier d'Europe inauguré dans les Pyrénées », consulté le 17 juin 2022. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/le-premier-hopital-transfrontalier-deurope-inaugure-dans-les-pyrenees>

<sup>162</sup> X, « Présentation : le nouvel hôpital de Cerdagne », consulté le 19 avril 2022. <http://www.hcerdanya.e>

<sup>163</sup> X, « Projets : Hôpital transfrontalier de Cerdagne », consulté le 9 août 2022. <http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projects/project/show/hopital-transfrontalier-de-cerdagne/>

<sup>164</sup> X, « *A cross-border hospital in Cerdanya improves healthcare for French and Spanish citizens* », consulté le 14 juin 2021. [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/en/projects/spain/a-cross-border-hospital-in-cerdanya-improves-healthcare-for-french-and-spanish-citizens](https://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/spain/a-cross-border-hospital-in-cerdanya-improves-healthcare-for-french-and-spanish-citizens)

disproportionnées entre la France et l'Espagne. Cependant, les besoins en soins de santé des gens des deux côtés de la frontière sont les mêmes. L'hôpital transfrontalier présente une solution unique qui permet aux citoyens français et espagnols d'utiliser les services de santé en prenant en compte deux systèmes de soins de santé primaires et en intégrant leurs avantages pour n'en former qu'un, une nouvelle forme plus complète de soins de santé transfrontaliers.

Un peu plus loin, là où se trouvait autrefois le rideau de fer entre l'Autriche et la République tchèque, des médecins et des interprètes s'occupent désormais des patients des deux pays<sup>165</sup>.

## **B) Le premier centre médical transfrontalier d'Europe**

En effet, pendant des décennies, la ville autrichienne de Gmünd et la ville tchèque de Ceske Velenice ont été séparées par des barbelés. Le nouveau centre médical vise à revitaliser la région, avec une quarantaine de médecins et de prestataires de soins réunis sous un même toit<sup>166</sup>.

*« Je pense que cela pourrait être un excellent exemple pour d'autres pays d'Europe. Nous vivons dans l'Union européenne et le fait que nous n'ayons pas de frontières - pas de frontières physiques - est un énorme avantage ». Adam Vojtěch - Czech Republic Health Minister*

En l'occurrence, le premier centre de santé transfrontalier européen a ouvert ses portes entre la Basse-Autriche et la République tchèque le 16 octobre 2021. Le centre permettra aux citoyens de vivre dans ces régions frontalières d'avoir accès à une équipe médicale pluridisciplinaire et à des thérapeutes pour leur traitement ambulatoire.

Créé dans le cadre de l'initiative *Health Across*, le nouveau centre est la dernière étape d'un partenariat de longue date entre la Basse-Autriche et les régions de la République tchèque et de la Slovaquie pour promouvoir la coopération entre les deux pays. Cela signifie que les personnes vivant dans les villes autrefois divisées de Gmünd / České Velenice

---

<sup>165</sup> PLESCHBERGER (J.), « En Autriche, un centre de santé transfrontalier pour lutter contre les déserts médicaux », *Euronews*, 17 octobre 2021.

<sup>166</sup> PLESCHBERGER (J.), « En Autriche, un centre de santé transfrontalier pour lutter contre les déserts médicaux », *Euronews*, 17 octobre 2021.

peuvent désormais accéder à l'hôpital de Gmünd, quel que soit le côté de la frontière où elles vivent. En raison de la nature rurale de la région, les options de soins de santé sont limitées, l'hôpital le plus proche du côté tchèque étant à 60 km<sup>167</sup>. Il couvre un large éventail de services médicaux, y compris les soins de santé préventifs et thérapeutiques dispensés par des médecins généralistes, des spécialistes, des infirmiers spécialisés et des thérapeutes. Il peut également être utilisé pour des formations et des événements. Par une approche biopsychologique, le centre répond aux besoins physiques, mentaux, émotionnels et sociaux des patients. Il pourrait servir de modèle pour une coopération transfrontalière similaire entre d'autres régions frontalières en Europe.

En parlant de l'Europe, la Suède est un pays souvent pris pour exemple pour la qualité de vie, pour les nouvelles technologies, et en l'occurrence pour le développement de la médecine numérique.

## SECTION II/ LA SUÈDE, PAYS PIONNIER EN EUROPE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE NUMÉRIQUE

De l'insatisfaction naît le besoin d'alternatives. En Suède, pays avide de technologies, les services en ligne sont en plein essor dans tous les domaines. Les Suédois sont prêts à utiliser les nouvelles technologies pour obtenir des soins médicaux, tout comme ils font des achats en ligne ou gèrent des relations à distance. L'État, pour sa part, est convaincu de l'intérêt de ce processus de modernisation car il répond à une grande partie de ses préoccupations.

### **I) De nombreux obstacles au système médical scandinave**

La e-santé n'est pas nouvelle pour les suédois, en effet la téléconsultation autorisée depuis deux ans dans le royaume nordique est de plus en plus utilisée dans les campagnes comme à la ville (A). C'est pourquoi des acteurs privés veulent prendre le train en marche et viennent privatiser le secteur de la télémédecine (B).

---

<sup>167</sup> X, « *New cross-border health care center opens on the Austrian-Czech border* », consulté le 3 mars 2022. <https://www.who.int/europe/news/item/28-11-2021-new-cross-border-health-care-centre-opens-on-the-austrian-czech-border>



## **A) Le concept de stratégie nationale de cybersanté de la Suède**

En Suède, le phénomène de la e-santé est au cœur des débats depuis près d'une décennie. En effet, le pays se heurte à un certain nombre d'obstacles majeurs, à savoir la rentabilité du système de santé ainsi que le maintien de la qualité des soins alors que l'État réduit les coûts ; l'accès aux soins dans un très grand pays avec des conditions d'accès variables ; et enfin un problème de lenteur d'accès aux soins. Cette dernière est l'une des préoccupations majeures du système scandinave en raison du manque de personnel et des coupes budgétaires, certaines parties de la Suède sont devenues de véritables déserts médicaux<sup>168</sup>.

Le concept de « stratégie nationale de cybersanté » est ainsi élaboré par six organisations collaboratrices dont le ministère des Affaires sociales, l'Autorité de la cybersanté, le conseil national de la santé et du bien-être et les municipalités et conseils de comté suédois. En mars 2016, le gouvernement a défini une nouvelle vision de la cybersanté dans laquelle :

*« La Suède devrait, en 2025, être la meilleure au monde, en utilisant la numérisation et les possibilités offertes par la santé en ligne. La santé doit être égalitaire, efficace, accessible et sûre ».*

En quelques années, la Suède est devenue un pionnier européen du développement de la médecine numérique, en faisant entrer de nouveaux acteurs du numérique dans son système de remboursement de la santé publique. Par conséquent, les startups dans le domaine médical sont toujours les bienvenues, et même *Vårdguiden* (le guide de la santé) l'a rejoint.

En effet, la société de télémédecine Kry revendique aujourd'hui 3% de part de marché pour les consultations de soins primaires données dans tout le pays.

## **B) Privatisation de la gestion de certains services hospitaliers suédois**

Depuis 2007, les régions suédoises sont autorisées à déléguer la gestion des services hospitaliers à des sociétés privées. En fait, le recours à la privatisation est encore faible. Les

---

<sup>168</sup> X, « La santé version 2.0 en Suède – Bienvenue au pays de la cybersanté ! », consulté le 11 juillet 2022. <https://www.lasuedeenkit.se/la-sante-version-2-0-en-suede-bienvenue-au-pays-de-la-cybersante/>

hôpitaux sont encore majoritairement publics et les opérations privées ne se développent que dans les grandes villes<sup>169</sup>.

Mais cela a ouvert la voie à de nouveaux acteurs désireux de participer aux consultations vidéo tels que Kry, Mediceck, Medicoo, Doctor24, Min doctor, Doctor.se. Aujourd'hui, l'offre est proposée dans la quasi-totalité du pays. Il y a aussi des pharmacies en ligne, comme Apotek et Apotea, des psychologues... Tous ces nouveaux acteurs sont à retrouver sur le site *Sjukvårdonline*. Tout a commencé avec idoc24 pro, l'application pionnière dans le domaine. Grâce à une photo prise avec un smartphone, tout médecin généraliste peut obtenir un diagnostic d'un dermatologue hospitalier sur la dangerosité d'un grain de beauté. Cette invention, qui a remporté le Prix suédois de l'innovation 2013, a été rapidement adoptée par les centres médicaux de la région. Il permet un traitement beaucoup plus rapide des cas de mélanome (neuf jours au lieu de trente-cinq), évitant vingt visites inutiles à l'hôpital. 10 millions d'euros levés pour la communauté, tous les ingrédients sont réunis pour susciter l'intérêt d'acteurs privés déterminés à jouer aux cartes santé en ligne<sup>170</sup>.

Les startup positionnées sur ce créneau ne manquent pas, à l'instar d'*Hellocare*, de *Medicitus*, *Qare*, *Feelae* ou encore *Doctoconsult*. Il faudra aussi compter sur les acteurs issus d'autres segments de l'e-santé dont certains réfléchissent déjà à se positionner dans le domaine des téléconsultations

## **II) Panacée suédois des déserts médicaux : des logiciels et des robots**

Cela ressemble à de la science-fiction, mais le secteur de la santé utilise déjà l'intelligence artificielle (IA). En outre, l'entreprise suédoise Kry développe une application disponible sur mobiles et tablettes avec la promesse de donner accès à un professionnel de santé par vidéoconférence en moins de 15 minutes (B).

---

<sup>169</sup> LERIDON (B.), « Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié ? », consulté le 12 février 2022.

<https://www.institutmontaigne.org/blog/2017/02/14/R%C3%A9forme-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-su%C3%A9dois-%3A-le-mod%C3%A8le-de-Stockholm-doit-il-%C3%AAtre-envi%C3%A9>

<sup>170</sup> X, « La santé version 2.0 en Suède – Bienvenue au pays de la cybersanté ! », consulté le 11 juillet 2022.  
<https://www.lasuedeenkit.se/la-sante-version-2-0-en-suede-bienvenue-au-pays-de-la-cybersante/>

## A) L'Intelligence Artificielle au service de la santé

Grâce à l'IA, en plus d'effectuer des opérations complexes à distance ou de diagnostiquer rapidement des patients à haut risque d'infections graves, un meilleur diagnostic peut être établi. Un programme informatique peut analyser plus de données qu'un cerveau humain, par exemple des milliers de descriptions de cas de patients présentant les mêmes symptômes. Les conclusions peuvent être plus sûres sur la base des connaissances et de l'expérience d'un seul praticien. Dans les hôpitaux de *Västerbotten* (nord de la Suède), le personnel utilise une application mobile lorsqu'il voit des patients<sup>171</sup>. L'application basée sur l'IA changera de couleur et deviendra rouge si un patient présente un risque élevé d'être affecté par une infection nosocomiale. Derrière l'application se trouvent un modèle mathématique et des données relatives à chaque patient, à son traitement, etc.

L'intelligence artificielle peut même conduire à repenser la relation soignant-soigné. Un bracelet d'activité a été testé sur 500 patients *d'Åkermyntans vårdcentral* au nord de Stockholm, mesurant l'activité physique et le sommeil d'un patient, ainsi qu'une application téléphonique. Il peut également être connecté à un brassard de tensiomètre ou à un appareil de fréquence cardiaque. Les données sont transmises directement au système du centre médical. Ainsi, un nouveau canal de communication plus direct est créé entre le patient et le médecin. Les patients peuvent également effectuer des tests à domicile pour évaluer leur état avant même la consultation. Par exemple, *Horseltestaren.se* utilise un test auditif simple pour mesurer la probabilité que vous entendiez quelqu'un dire quelque chose dans un environnement bruyant<sup>172</sup>. Par ces formes d'examen, la e-santé accroît la participation et l'autonomie des patients, ils deviennent ainsi parties prenantes, véritables acteurs de leur santé à l'instar du personnel soignant.

En France, le 15 septembre 2018, les téléconsultations médicales seront remboursées par la Sécurité sociale. Un filon que compte bien exploiter la startup suédoise Kry, spécialisée dans le domaine, et qui a justement choisi cette date pour se lancer sur le marché français sous le nom de Livi.

---

<sup>171</sup> X, « La santé version 2.0 en Suède – Bienvenue au pays de la cybersanté ! », consulté le 11 juillet 2022. <https://www.lasuedeenkit.se/la-sante-version-2-0-en-suede-bienvenue-au-pays-de-la-cybersante>

<sup>172</sup> X, « La santé version 2.0 en Suède – Bienvenue au pays de la cybersanté ! », consulté le 11 juillet 2022. <https://www.lasuedeenkit.se/la-sante-version-2-0-en-suede-bienvenue-au-pays-de-la-cybersante>

## **B) Livi, jumelle française de la plateforme de télémédecine suédoise Kry**

En 2016, le gouvernement suédois a annoncé un plan stratégique pour faire du pays un leader mondial des technologies médicales d'ici 2025, en soutenant des projets publics et privés, et en créant un environnement propice à l'entrepreneuriat. Malgré cette volonté politique, la généralisation de la télémédecine n'a pas été un long fleuve tranquille. Tout d'abord, il faut trouver une solution pour régler les frais et les conditions de restitution des informations en ligne, qui sont souvent l'apanage de chacune des vingt et une régions de ce pays de 9,4 millions d'habitants. La pression du gouvernement pour la réouverture des remboursements à travers le pays a poussé à la télémédecine<sup>173</sup>.

Par exemple, Kry, l'une des premières plateformes de télémédecine fondée en 2014, permet d'accéder aux professionnels de santé en moins de quinze minutes. L'entreprise a enregistré plus de 350 000 consultations en moins de deux ans (chiffres de juin 2018).. En mars 2018, la société a lancé un service de psychologie en ligne et est désormais le plus grand fournisseur de services de traitement cognitivo-comportemental en Suède. Chez Kry, un rendez-vous chez le médecin coûte généralement le même prix qu'une visite à l'hôpital. Selon les analystes de *Ken Research*, le marché suédois de la télémédecine devrait connaître un taux de croissance annuel moyen de 12 % entre 2018 et 2022, pour atteindre 190 millions d'euros. Cette petite startup de 400 salariés s'est désormais développée en France et au Royaume-Uni sous le nom de Livi, elle a été lancée le 15 septembre 2018 en France, date à laquelle l'Assurance Maladie a commencé à rembourser les téléconsultations médicales<sup>174</sup>. Depuis, le parcours de Livi s'apparente plus à un parcours du combattant qu'au brillant envol qu'a connu sa maison mère en Suède. En un an, la startup a enregistré plus de 33.000 téléconsultations, dont moins de 7.000 remplissaient des conditions drastiques de remboursement par la Sécurité sociale. A l'échelle du marché fin juillet, près de 31.610 communications téléphoniques avaient été facturées en 10 mois, bien loin des 500.000 que le gouvernement avait prévu pour l'année première. Ce retard à l'allumage n'est donc pas propre à la filiale suédoise Kry.

---

<sup>173</sup> DE FOUCAUD (I.), « Comment la télémédecine s'est installée dans le paysage médical en Suède », consulté le 26 mai 2022.

[https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysa-ge-medical-en-suede\\_673765](https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysa-ge-medical-en-suede_673765)

<sup>174</sup> DE FOUCAUD (I.), « Comment la télémédecine s'est installée dans le paysage médical en Suède », consulté le 26 mai 2022.

[https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysa-ge-medical-en-suede\\_673765](https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysa-ge-medical-en-suede_673765)

De *Qare* à *Hellocare*, en passant par *Livi*, toutes les plateformes de commerce doivent respecter le cadre édicté par le ministère de la Sécurité sociale, qui pour certains acteurs est trop contraignant et menace de tuer la pratique de la télémédecine à ses débuts. L'entreprise s'est implantée dans la Sarthe, dans un centre médical de ville, et un autre projet est en cours en Bourgogne.

Les difficultés à recruter des médecins persistent. Le manque de candidats ayant les qualifications requises est responsable de la moitié des postes de médecins non pourvus dans l'Union européenne. C'est pour cette raison que cette étude va se poursuivre sur d'autres continents afin de discerner les différentes problématiques rencontrées sur ces autres territoires, et quelles sont les solutions qu'ils ont déployées.

## **CHAPITRE 2 / LES PAYS EN DIFFICULTÉS FACE À DES DÉSERTS MÉDICAUX TENACES**

Les États-Unis ont de nombreuses régions qui ont été décrites comme des déserts médicaux, des régions avec un accès insuffisant à un ou plusieurs types de services médicaux. Des solutions ont été mises en œuvre, et seront discutées dans cette étude pour déterminer les enseignements que la France peut en tirer. De plus, il existe à l'autre bout de la terre, des déserts médicaux qui ne sont pas comme les autres, ces derniers sont ceux situés dans les régions polaires, et plus précisément les bases scientifiques. Dans ces régions, c'est la médecine d'urgence que l'on pratique, il faut être prêt à tout moment.

### **SECTION I/ SANTÉ ET INÉGALITÉS AUX ETATS UNIS**

L'accès limité aux services d'urgence, ainsi qu'aux professionnels de la santé, entraîne une augmentation de la mortalité et des problèmes de santé à long terme, tels que les maladies cardiaques et le diabète. Les zones avec un pourcentage plus élevé de patients *Medicaid* et *Medicare*, ainsi que de patients non assurés, sont moins susceptibles de vivre à moins d'une heure de route d'une salle d'urgence d'un hôpital.

## **I) Les différences d'accès aux soins en territoires urbains et ruraux**

On estime que 30 millions d'Américains, dont beaucoup vivent dans les zones rurales du pays (A), vivent à au moins 60 minutes de route d'un hôpital proposant de la traumatologie. Pourtant il existe également des disparités d'accès aux soins dans les zones urbanisées (B).

### **A) Les inégalités d'accès aux soins en milieu rural**

Depuis 1975, plus de 1 000 hôpitaux, dont beaucoup dans les zones rurales, ont fermé, incapables de faire face aux coûts des soins aux patients non assurés, obligeant certains patients dans chaque État à se déplacer au moins une heure en voiture vers une salle d'urgence d'un hôpital, un problème qui pose un danger encore plus grand pendant la pandémie de covid-19, lorsque les patients souffrant d'insuffisance respiratoire aiguë ont besoin d'oxygène et ne peuvent pas se permettre des trajets prolongés d'une heure en ambulance jusqu'à l'hôpital<sup>175</sup>.

Environ 20% des Américains vivent dans des zones rurales, mais seulement 9% des médecins du pays pratiquent dans ces zones. Les responsables fédéraux de la santé prédisent en 2019 que le nombre de médecins ruraux, dont la moitié a plus de 50 ans, diminuera de 23% au cours des dix prochaines années. L'un des facteurs contribuant à ce déclin est la réticence des médecins nouvellement diplômés à s'installer dans les zones rurales. Le manque de divertissement ou de régimes alimentaires variés, la peur du favoritisme et les perspectives financières réduites par rapport aux zones rurales ont été suggérés comme des facteurs conduisant à la réticence des étudiants en médecine à pratiquer dans les zones rurales, ainsi que des défis particuliers liés à la pratique des soins de santé en milieu rural<sup>176</sup>. Par exemple, dans certaines zones rurales de l'Alaska, le transport des patients vers les salles d'urgence des hôpitaux peut « dépendre de l'horaire des avions charter branlants » qui sont souvent incapables de voler en raison des conditions météorologiques.

---

<sup>175</sup> X, « Hôpitaux sur roues et Skyping votre médecin: comment améliorer les soins de santé en milieu rural », consulté le 22 août 2022.

<https://apolitical.co/solution-articles/fr/hopitaux-sur-roues-et-skyping-votre-medecin-comment-ameliorer-les-soins-de-sante-en-milieu-rural>

<sup>176</sup> X, « Les déserts médicaux aux États-Unis », consulté le 15 juillet 2022.

[https://stringfixer.com/fr/Medical\\_deserts\\_in\\_the\\_United\\_States](https://stringfixer.com/fr/Medical_deserts_in_the_United_States)

## **B) Les quartiers afro-américains, éprouvés par le manque d'accès aux soins**

Selon des recherches menées en 2019 par la faculté de médecine de l'Université de Chicago, les secteurs de recensement afro-américains dans les grandes villes américaines telles que Chicago, Los Angeles et New York sont plus susceptibles d'être des zones de désert en soins de traumatologie et de spécialistes. Une équipe de chercheurs a découvert qu'à Los Angeles, 89 secteurs de recensement à prédominance noire étaient situés dans des déserts vulnérables. Le comté de Los Angeles dans le sud de Los Angeles, avec une population d'un million d'habitants et le taux de mortalité le plus élevé du comté, abrite également les taux les plus élevés de morbidité et de décès prématurés dus à des maladies évitables telles que les maladies cardiaques, les meurtres, le diabète, le cancer du poumon. Dans le sud de Los Angeles économiquement en difficulté, il y a 11 pédiatres pour 100 000 enfants, tandis que dans le quartier chic de West Los Angeles, pour 100 000 enfants, il y a près de 200 pédiatres à West LA, 12% des adultes ne sont pas assurés contre 30 pour cent dans le sud de LA<sup>177</sup>.

Pendant la crise sanitaire, le journaliste du New York Times Michael Schwartz a écrit sur les disparités dans les services hospitaliers et financiers entre la communauté blanche de New York et la communauté de couleur, avec un hôpital privé près de Wall Street qui peut puiser dans les réserves et utiliser l'influence politique pour traiter plus de patients, augmenter les tests et acheter des équipements de protection. Tandis qu'un hôpital public de Brooklyn qui sert principalement des patients pauvres et noirs utilise du plastique et des conduits du ruban adhésif pour séparer les zones des patients infectieux infectés.

Cet hôpital a d'ailleurs lancé la page Go Fund Me pour collecter des fonds pour des masques, des blouses et des pantoufles afin de protéger les médecins et les infirmières contre un virus qui « tue les Noirs et les Latinos à New York à un taux d'environ deux fois celui des "Résidents blancs" »<sup>178</sup>.

---

<sup>177</sup> X, « Les déserts médicaux aux États-Unis », consulté le 15 juillet 2022.

[https://stringfixer.com/fr/Medical\\_deserts\\_in\\_the\\_United\\_States](https://stringfixer.com/fr/Medical_deserts_in_the_United_States)

<sup>178</sup> X, « Les déserts médicaux aux États-Unis », consulté le 15 juillet 2022.

[https://stringfixer.com/fr/Medical\\_deserts\\_in\\_the\\_United\\_States](https://stringfixer.com/fr/Medical_deserts_in_the_United_States)

## **II) Les mesures américaines résorbant les déserts médicaux**

Face à une problématique inquiétante, les Etats Unis ont mis en place des mesures afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, en permettant un accès plus continu pour des soins de qualité et qui restent à un prix raisonnable (A). Afin de résorber plus majoritairement encore les déserts médicaux, ils veulent ouvrir plus de centres d'urgences permanents (B).

### **A) Permettre un accès continu à des soins de qualité et abordables**

Les soins de santé à payeur unique sont un système de soins de santé où les gens cotisent à un fonds centralisé. Les contribuables sont souvent divisés en différents groupes dans un tel système, en fonction du montant. Une fois établi, n'importe qui peut consulter un médecin de son choix chaque fois qu'il a un besoin de soins de santé qui doit être satisfait. Pas d'attente pour les approbations d'assurance ou d'autres étapes de présélection requises dans d'autres systèmes de soins de santé. Si la personne se sent mal, elle va consulter son médecin et c'est le fond centralisé qui se charge de payer votre visite qualifiée. Ce type de soins médicaux est parfois appelé médecine « socialisée ». Il diffère d'un système de soins de santé de marché libre en ce qu'il oblige les patients à suivre des étapes spécifiques pour recevoir des soins spécialisés, mais il coûte également beaucoup moins cher. En 2016, les dépenses totales de santé aux États-Unis, par habitant, étaient de 10 348 \$. Au Canada, qui est proche d'un véritable système à payeur unique, les dépenses totales de santé par habitant sont de 4 752 \$<sup>179</sup>.

De même, la loi sur la protection des patients et les soins abordables (ACA) permet aux personnes handicapées d'accéder à des soins de haute qualité, complets et abordables qui répondent à leurs besoins individuels et leur permettent de vivre de la manière la plus indépendante possible. Il comprend des changements importants qui ont un impact sur la communauté des personnes handicapées. Parmi ces changements, les suivants sont importants. Avant l'adoption de l'ACA, de nombreuses personnes handicapées se voyaient souvent refuser la couverture, facturer des primes plus élevées ou voir leur couverture

---

<sup>179</sup> X, « 16 Avantages et inconvénients des soins de santé à payeur unique », consulté le 8 juin 2022. <https://prochainephase.com/16-avantages-et-inconvénients-des-soins-de-sante-a-payeur-unique/>



annulée en raison d'une blessure. Désormais, en vertu de l'ACA, la plupart des compagnies d'assurance maladie sont tenues d'accepter de couvrir tout Américain, même ceux qui ont des conditions médicales préexistantes, y compris le handicap <sup>180</sup>. Par ailleurs, aucune population n'est plus touchée par les plafonds que les personnes en situation d'invalidité. En vertu de l'ACA, les limites de couverture annuelles et la couverture à vie sont interdites.

Le programme *Medicaid* fournit une assurance maladie aux populations les plus vulnérables du pays, y compris les personnes handicapées. Au départ, l'ACA exigeait l'extension des programmes *Medicaid* de chaque État à tous les Américains à faible revenu de moins de 65 ans (jusqu'à 15 000 \$). Cependant, en 2012, la Cour suprême a décidé de rendre l'expansion facultative et de laisser chaque État libre de décider d'étendre ou non. L'ACA étend la couverture des soins et services à domicile et communautaires disponibles dans le cadre des programmes *Medicaid* de chaque État, ce qui permet aux personnes handicapées de vivre plus facilement à la maison, au lieu d'être obligées de fournir des soins dans des établissements.

Les disparités salariales entre les hôpitaux urbains et ruraux ont conduit au fait que les hôpitaux ruraux sous-financés ne déterminent plus rigoureusement les remboursements de Medicare et Medicaid.

## **B) Ouverture d'un plus grand nombre de centres d'urgences permanents**

En vertu de nouvelles règles politiques, les hôpitaux ruraux en difficulté pourraient être éligibles à des remboursements *Medicare* plus élevés qui, selon la CMS, pourraient être utilisés pour attirer davantage de professionnels de la santé qui peuvent se le permettre, plus qualifiés. En outre, CMS étend les services de télésanté en milieu rural dans le cadre de *Medicare Advantage*, un programme d'assurance privatisé, et assouplit les exigences de supervision pour les assistants médicaux. Une enquête du Contrôle de l'État et du Département de la comptabilité a révélé que les dons n'atteignaient pas les hôpitaux ruraux qui avaient le plus besoin d'argent car trop d'argent était déposé sur les comptes bancaires des partenaires tiers.

---

<sup>180</sup> X, « Loi sur la protection des patients et les soins abordables », consulté le 20 août 2022. <https://www.christopherreeve.org/fr/international/french-hub/travail-et-prestations/planification-financiere/loi-sur-la-protection-des-malades-et-des-soins-abordabl>

A la lumière du grand nombre de fermetures d'hôpitaux, en particulier dans l'Amérique rurale, où le manque de services d'urgence crée des déserts médicaux, les défenseurs des centres d'urgence permanents (FEC) plaident en faveur de l'ouverture de davantage de FEC, qui, contrairement aux centres de soins d'urgence, étendent les services au-delà des soins primaires, en incluant un équipement de laboratoire de pointe, des médecins et des infirmières de salle d'urgence, des arrangements préalables au transfert pour les patients nécessitant une hospitalisation, etc. Les FEC peuvent fonctionner comme des services ambulatoires pour les hôpitaux existants ou comme des organisations indépendantes. Un obstacle à la création de FEC est l'incapacité à recevoir des remboursements *Medicare* et *Medicaid*, disponibles uniquement pour les hôpitaux agréés. Certains FEC ont surmonté cet obstacle en créant des micro-hôpitaux agréés avec huit à dix lits d'hospitalisation dans des zones mal desservies. Un autre obstacle à la croissance des FEC dans les zones mal desservies est le fait que les systèmes de santé à but lucratif donnent la priorité au placement des FEC dans les communautés urbaines denses qui attireront plus de patients et généreront plus de revenus tout en remplaçant les soins primaires hospitaliers et les services médicaux d'urgence. Les partisans du modèle FEC pour les communautés en difficulté soutiennent que le gouvernement fédéral devrait élargir la reconnaissance des FEC indépendants en tant que participants à *Medicare* et *Medicaid* dans les déserts médicaux mal desservis aux États-Unis.

Les expériences étrangères témoignent de la diversité des moyens envisageables pour améliorer la qualité de l'accès aux soins. La créativité et le professionnalisme qui caractérisent certaines d'entre elles invitent à reconsidérer quelques idées ; la comparaison de différentes expériences permet de formuler des choix que doivent faire les concepteurs d'un système de santé français amélioré.

## SECTION II / DES ENSEIGNEMENTS INÉDITS DÉCOULANT DE SITUATIONS ÉTRANGÈRES INVRAISEMBLABLES

La médecine en Antarctique est probablement la situation la plus isolée dans laquelle un médecin peut exercer, différent même en degré de gravité de celle de la région arctique. Étudier ces situations de difficultés d'accès à des soins, permettrait à un pays comme la France d'en tirer des leçons pour son territoire qui n'est pas dans un état aussi critique.

## **I) L'accès aux soins dans les régions polaires**

Étant donné que les hôpitaux les plus proches se trouvent aux îles Malouines et au Chili et que le personnel de la station est complètement isolé en hiver, il est essentiel que tous ceux qui vivent et travaillent en Antarctique soient en bonne santé (A). C'est ainsi que la *British Antarctic Survey Medical Unit* a été créée (B).

### **A) Les stations de recherche Concordia et Rothera**

La station de recherche franco-italienne Concordia est située sur le plateau antarctique à 3200m d'altitude. Si loin au sud, le soleil ne se lève au-dessus de l'horizon hivernal pendant quatre mois. L'oxygène dans l'air est réduit et la température extérieure peut chuter à 80°C. Son emplacement unique et ses conditions difficiles ressemblent à des aspects de la vie sur d'autres planètes. Il y a jusqu'à 15 personnes qui passent l'hiver en Antarctique afin de faire fonctionner la station aux côtés de scientifiques étudiant la glaciation, l'astronomie et le climat. Il n'y a aucune livraison pendant six mois, laissant l'équipage du Concordia isolé. Les urgences doivent être gérées par eux-mêmes comme des astronautes dans l'espace. L'*European Space Agency (ESA)* envoie chaque année un médecin pour étudier comment les gens s'adaptent à la vie loin de chez eux. Les expériences comprenaient l'observation des esprits de l'équipage, le suivi de leurs compétences au fil du temps et la surveillance de la façon dont leur corps faisait face au rythme changeant et à l'environnement clos. Chaque année, ils invitent les candidatures de l'un des 22 États membres de l'ESA<sup>181</sup>.

La société française de médecine en milieu isolé recherche un médecin pour la base scientifique Concordia en Antarctique, une « occasion rare suite à un désistement »<sup>182</sup>. Le médecin actuel est Fabien Farge, arrivé il y a presque un an, sa mission s'achève en novembre de cette année. Il faut donc lui trouver un remplaçant pour soigner la dizaine de personnes présentes sur la station, un lieu extraordinaire, gelé et isolé à plus de 15.000 kilomètres de la France métropolitaine. Ils recherchent un médecin assez polyvalent, il sera

---

<sup>181</sup> X, « Wanted: a medical doctor for a cold adventure », consulté le 17 novembre 2022.

[https://www.esa.int/Science\\_Exploration/Human\\_and\\_Robotic\\_Exploration/Concordia/Wanted\\_a\\_medical\\_doctor\\_for\\_a\\_cold\\_adventure](https://www.esa.int/Science_Exploration/Human_and_Robotic_Exploration/Concordia/Wanted_a_medical_doctor_for_a_cold_adventure)

<sup>182</sup> TERRIER (M.), « Ce désert médical n'est pas comme les autres: c'est la base scientifique en Antarctique », consulté le 8 août 2022.

[https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comme-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique\\_198282.html](https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comme-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique_198282.html)

amené à effectuer les tâches d'un médecin généraliste, mais aussi urgentiste, anesthésiste, chirurgien, dentiste, psychologue et tant d'autres. Un profil si particulier qui explique pourquoi une formation de trois mois est nécessaire. De plus, le candidat devra encaisser le froid<sup>183</sup>. La station de recherche Rothera dispose d'un cabinet médical entièrement équipé. L'été, il y a deux médecins sur place, en hiver un seul, le personnel en Antarctique suit une formation spécialisée en secourisme, conçue pour aider les personnes sur le terrain, à bord des navires ou dans les stations de recherche<sup>184</sup>.

La formation aux premiers secours se poursuit pendant le déploiement en Antarctique, et quelques membres du personnel du *British Antarctic Survey* étendront leurs compétences lors d'un cours organisé à Plymouth afin de fournir des premiers secours avancés, soit pour assister nos médecins, soit pour des opérations en profondeur.

### ***B) The British Antarctic Survey Medical Unit***

La *British Antarctic Survey Medical Unit* (BASMU) est basée au Plymouth Hospital *NHS Trust*. Cette unité fournit des services médicaux à Rothera, Halley et en Géorgie du Sud, ainsi qu'à bord de navires dans les régions polaires. Ces médecins ont suivi une formation spéciale pour pouvoir prodiguer des soins dans des situations difficiles. Le personnel permanent de BASMU comprend des consultants en médecine d'urgence ayant un intérêt particulier pour la médecine dans les régions éloignées, des infirmières militaires expérimentées et un directeur possédant une vaste expérience médicale. Des experts, dans toutes les spécialités de confiance, sont disponibles pour conseiller et soutenir les médecins des stations de recherche et les administrateurs de *BAS Cambridge*. L'unité travaille en partenariat avec le *Diving Disease Research Center* (adjacent à l'hôpital), le *Southwest Ambulance Service* et la *Peninsular School of Medicine and Dentistry*, garantissant que tous les aspects de l'expertise en soins de santé sont disponibles immédiatement. Au service des urgences de l'hôpital *Derriford*, des médecins hautement qualifiés et motivés fournissent une assistance d'urgence 24 heures sur 24 à nos médecins en Antarctique<sup>185</sup>.

---

<sup>183</sup> TERRIER (M.), « Ce désert médical n'est pas comme les autres: c'est la base scientifique en Antarctique », consulté le 8 août 2022.  
[https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comme-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique\\_198282.html](https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comme-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique_198282.html)

<sup>184</sup> X, « *Rothera medical facility, Rothera Point, Adelaide Island* », consulté le 11 juillet 2022.  
<https://www.bas.ac.uk/polar-operations/sites-and-facilities/facility/rothera/medical-facility/>

<sup>185</sup> X, « *Rothera medical facility, Rothera Point, Adelaide Island* », consulté le 11 juillet 2022.  
<https://www.bas.ac.uk/polar-operations/sites-and-facilities/facility/rothera/medical-facility/>

Toute personne travaillant à la station de recherche du *British Antarctic Survey* est tenue d'avoir une évaluation médicale basée sur les exigences du poste, les activités, le lieu d'affectation et le niveau de soutien médical et opérationnel disponible sur le site. Les équipes des ressources humaines et des opérations du BAS travaillent avec l'unité médicale du BAS pour s'assurer que l'état de santé d'un individu, dans la mesure où il peut être déterminé, ne compromettra pas sa santé et sa sécurité dans les régions polaires<sup>186</sup>. L'utilisation croissante de la télémédecine a contribué à réduire cet isolement et à améliorer l'accès aux soins de santé secondaires pour ceux qui vivent dans les bases les plus reculées du monde.

L'Antarctique est un terrain d'essai utile pour les technologies qui pourraient avoir des applications dans l'espace et dans d'autres environnements extrêmes et isolés, mais également des terrains plus communs qui peinent à résorber leur problématique d'accès territorial aux soins.

## **II) Leçons à tirer des expériences étrangères**

En prenant en compte l'expérience étrangère (A), la DREES propose quelques pistes pour lutter contre les déserts médicaux (B).

### **A) Médecins étrangers et professions de santé intermédiaire**

L'Espagne et l'Italie se distinguent des autres pays par l'homogénéité de la densité sanitaire au sein de leurs régions. Cette faible variation s'explique principalement par le mode de sélection et d'affectation des médecins généralistes, le placement dépend du classement de l'étudiant en médecine générale. Et en ce qui concerne les médecins espagnols, ils sont contraints de s'installer dans la région où ils avaient étudié<sup>187</sup>.

Cependant, les conditions étrangères pour les médecins ne doivent pas être si optimales qu'il n'y paraît, puisqu'ils viennent travailler en France. L'arrivée de ces médecins étrangers pourrait contribuer à limiter la désertification médicale. Toutefois, cela ne changera

---

<sup>186</sup> X, « Rothera medical facility, Rothera Point, Adelaide Island », consulté le 11 juillet 2022. <https://www.bas.ac.uk/polar-operations/sites-and-facilities/facility/rothera/medical-facility/>

<sup>187</sup> VERCOUSTRE (L.), « Déserts médicaux (2) Benchmarking : l'exception française », *Blog le quotidien du médecin*, 23 avril 2022.

pas le phénomène selon lequel les médecins étrangers qui viennent étudier en France ne se déplacent pas dans les régions où il y a un besoin d'exercer et n'exercent pas localement la médecine générale. Même si les médecins venus de l'étranger semblent incapables de lutter contre la désertification, ils compensent tout de même le manque dans les hôpitaux. Une loi votée en 2019, puis son décret, à paraître en 2021, pourront leur garantir une situation moins précaire et leur donner envie de venir travailler en France. Mais leur parcours du combattant est toujours d'actualité et certains dossiers sont même bloqués. De plus, si les médecins étrangers viennent aider les français à enrayer les inégalités d'accès aux soins, alors la question de qui soignent les patients dans leur pays d'origine se pose.

Mais dans le domaine de la profession de santé intermédiaire, la France a un pas de retard sur les Etats-Unis, poussant le concept très loin. En effet, au pays de l'Oncle Sam, *de nurse practitioners* et de *physician assistants*, ce sont des professionnels d'un genre presque inconnu en France, à mi-chemin entre l'infirmier et le médecin. Les *nurse practitioners* ont pleine autorité pour exercer dans 24 États, ce qui signifie qu'elles peuvent exercer de manière indépendante sans la supervision d'un médecin. Tandis que le *physician assistant* est un prestataire médical de niveau intermédiaire qui fournit bon nombre de services cliniques identiques que les médecins dans le cadre des soins primaires. Ces services comprennent la réalisation d'exams physiques, le diagnostic et le traitement de maladies et la prescription de médicaments<sup>188</sup>.

En France et en Allemagne, on observe un retournement à propos du discours sur la démographique médicale au début des années 2000 et on met en lumière la pénurie territoriale de médecins sur laquelle les politiques de santé se concentrent de plus en plus

### **B) Un découpage territorial des soins révisé**

Les outils mobilisés pour assurer la prestation de soins dans les zones défavorisées sont assez similaires et variés. Ils sont principalement intéressés par le zonage, la formation en médecine générale et les incitations financières. Or, au niveau de l'analyse des interactions entre agents, il est possible d'introduire des transitions plus significatives en France, d'une part, l'affirmation de nouveaux agents locaux (l'ARS et les collectivités territoriales)

---

<sup>188</sup> RENAUD (A.), « Mi-infirmiers, mi-médecins : l'autre rêve américain », *What's up doc?*, 6 avril 2022.

contribue au découpage territorial des soins primaires. Et, d'autre part, développer le travail pluridisciplinaire dans le cadre de nouvelles formes d'organisation des soins primaires par des entrepreneurs médicaux <sup>189</sup>.

Au Royaume-Uni, la répartition géographique des médecins généralistes est réglementée depuis la création du *National Health Service*. Le NHS travaille en étroite collaboration avec les succursales locales pour examiner les besoins en médecins par région. Lorsque il y a une forte nécessité de médecins quelque part, le NHS permet la mise en place de nouvelles pratiques. A l'inverse, lorsqu'un terrain est déjà entièrement approvisionné en médecins, le NHS ne renouvellera pas les cabinets dont le contrat a pris fin. La Belgique a un système de quotas depuis la fin des années 1990, le nouveau médecin sera conventionné ou non selon sa spécialité. De plus, il existe des incitations financières dans le pays pour envoyer des médecins dans les régions désertiques en termes d'accès aux soins<sup>190</sup>.

De plus, de l'autre côté du globe, en Australie, certains chercheurs suggèrent la mise en place de mesures comme « améliorer la qualité des logements » ou encore « financer la présence de deux médecins dans les communautés à un seul médecin ». En parallèle, un programme a été lancé sous le nom de « *Dr Doc* » pour améliorer la santé et le bien-être psychologique des médecins ruraux par des stratégies d'interventions et d'accompagnement spécifiques.

---

<sup>189</sup> HASSENTEUFEL (P.), SCHWEYER (F-X.), GERLINGER (T.), REITER (R.), « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 2020, pp.33-56.

<sup>190</sup> VERCOUSTRE (L.), « Déserts médicaux (2) Benchmarking : l'exception française », *Blog le quotidien du médecin*, 23 avril 2022.

## **CONCLUSION**



Alors que les dispositifs sont utilisés pour tenter de faire face à la désertification médicale qui touche de nombreux territoires, la principale difficulté réside dans l'adhésion des professionnels de santé. De plus, il reste la possibilité de persuader les professionnels de la santé de s'inscrire dans ces différents dispositifs. Cependant, au-delà du rôle dévolu à l'ARS pour répondre à cet enjeu territorial d'accès aux soins, la formation initiale du corps médical doit être questionnée<sup>191</sup>. A cet égard, la DREES rappelle à juste titre que la France a mis en place un certain nombre d'incitations. Les incitations habituelles à l'installation, la contractualisation avec l'ARS, mais aussi les bourses et aides financières aux étudiants et stagiaires, les aides financières de la collectivité, ainsi que le Pacte de Territoire Médical, et bien d'autres.

Par ailleurs, la sensibilisation du public aux questions de désertification médicale, comme les aspirations des nouvelles générations de médecins, pourrait être à la base d'une refonte majeure des soins de santé primaires en France. Enfin, à travers la question de la désertification médicale, se pose la question plus générale de la gestion du système de santé français. Des tensions peuvent exister entre le niveau national et le niveau régional ou entre l'État et l'Assurance maladie, ce qui entrave la division du système de santé que toutes les parties réclament<sup>192</sup>. En somme, les initiatives sont nombreuses, il résulte pourtant de notre étude comparative avec l'étranger que la France est à peu près le seul pays à ne pas disposer d'un système pour réguler l'installation des médecins.

Toutes les tentatives, les propositions législatives pour imposer une règle permettant une meilleure répartition des médecins ont échoué. Plus profondément, les médecins refusent de toucher à la liberté d'installation par conviction idéologique, qui lie la liberté d'installation à la liberté d'entreprendre. À ce titre, ils soutiennent que la liberté d'installation est un principe fondamental de la médecine libérale<sup>193</sup>. La France semble toutefois aller dans le sens d'une plus grande efficacité de la politique de santé, et d'un véritable décloisonnement des acteurs et des structures, rendu nécessaire par l'évolution des besoins de santé, et par les contraintes fortes pesant sur les ressources publiques<sup>194</sup>.

---

<sup>191</sup> BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, n°46, 2014, pp.161-171.

<sup>192</sup> BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, n°46, 2014, pp.161-171.

<sup>193</sup> VERCOSTRE (L.), « Déserts médicaux (2) Benchmarking : l'exception française », *Blog le quotidien du médecin*, 23 avril 2022.

<sup>194</sup> BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.), « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards*, n°46, 2014, pp.161-171.

Ainsi, comme on peut le voir, la santé publique du 21<sup>e</sup> siècle ne sera pas celle du 20<sup>e</sup>, et ce à bien des égards, l'espace de démocratie et de débat jouera un rôle beaucoup plus important lorsque les développements technologiques pourront permettre de bien meilleures organisations de santé. Les soins ne sont plus l'objet unique de l'action publique et cela nécessitera une connaissance fine des disparités territoriales des niveaux de santé, ainsi que des facteurs qui les déterminent. Cela passera certainement aussi par une plus grande représentation des usagers de la santé, ainsi qu'une réelle appropriation de ces sujets centraux par les politiques<sup>195</sup>.

---

<sup>195</sup> CEPRE (L.), « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », *Hérodote*, n°143, 2011, pp.65-88.

# BIBLIOGRAPHIE

## I. OUVRAGES

- **BABINET (O.), ISGNARD BAGNIS (C.),** *Les déserts médicaux en question(s)*, Rennes : Hygée Editions, coll. « Débats santé social », mars 2021, 166p.
- **BATIFOULIER (P.), DA SILVA (N.), DOMIN (J-P.),** * conomie de la santé*, Paris : Armand Colin, coll. « Cursus », 2018, 240p.
- **DUMONTET (M.), CHEVILLARD (G.),** *Remédier aux déserts médicaux*, Paris : Rue d'ulm Eds, coll. « Cepremap », septembre 2020, 110p.
- **(sous dir.) LE FLOCH (G.),** *Covid-19, Approches de droit public et de science politique*, Boulogne-Billancourt : Berger Levrault, coll. « Au fil du débat - études », février 2021, 304p.

## II. THÈSE

- **RAYNAUD (J.),** *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs*, sous dir. (pr) DUBOIS (L.), Thèse de doctorat en Géographie et aménagement du territoire, Université Paul Valéry Montpellier 3, 2013, 426p.

## III. AVIS, ÉTUDE ET RAPPORT

- **AUGROS (S.),** *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, *Rapport du Dr Sophie Augros*, septembre 2019, 52p.
- **BACHMANN (N.), BURLA (L.), KOHLER (D.),** *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques*, *Rapport national sur la santé 2015*, Berne : OBSAN, 20 août 2015, 268p.
- **CANSSM,** *Rapport d'activité de l'offre de soins ambulatoires du régime minier*, 2010, 56p.
- **CANSSM,** *Rapport offre ambulatoire*, 2015, 72p.
- **CHASSANG (M.), GAUTIER (A.),** *Les maladies chroniques*, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la Section des affaires sociales et de la santé, *J.O* du 5 juin 2019, 106p.

- **HELMI (S.), MARESCA (B.),** *Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé, Cahier de recherche, Crédoc, n°320, décembre 2014, 75p.*
- **LEGENDRE (B.),** *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Études et Résultats, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), n°1144, 14 février 2020 (maj 21 décembre 2020), 6p.*
- **PITTET (D.),** *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final, mars 2021, 179p.*
- **POLTON (D.),** *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les dossiers de la DREES, n°89, décembre 2021, 78p.*
- **TRON (L.),** *Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Étude du réseau Francim, n°5, 2021, p.81-93.*
- **VERGIER (N.), CHAPUT (N.), LEFEBVRE-HOANG (L.),** *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les dossiers de la DREES, DREES, n°17, mai 2017, 63p.*

#### **IV. ARTICLES DE REVUE**

- **BILGIN (B.), CAYADO (E.), JACQUET (M.),** « L'action des Agences régionales de santé face à la désertification médicale : une boîte à outils perfectible », *Regards, n°46, 2014, pp.161-171.*
- **CEPRE (L.),** « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », *Hérodote, n°143, 2011, pp.65-88.*
- **DE CHAMBINE (S.), MORIN (A.),** « Protocolisation et qualité du parcours de soins dans le dispositif des affections de longue durée », *ADSP, n°72, septembre 2010, pp.25-28.*
- **FRELAUT (M.),** « Les déserts médicaux », *Regards, n°53, 2018, pp.105-116.*
- **HASSENTEUFEL (P.), SCHWEYER (F-X.), GERLINGER (T.), REITER (R.),** « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales, 2020, pp.33-56.*
- **HCSP,** « Covid-19 : une crise sanitaire inédite », *ADSP, n°116, décembre 2021, 72p.*

- **LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.),** « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, n°8, 2005, pp.31-39.
- **PADILLA (C.), LALLOUÉ (B.), ZMIROU-NAVIER (D.), DEGUEN (S.),** « Mortalité infantile, défaveur et proximité aux industries polluantes : une analyse spatiale conduite à fine échelle (agglomération de Lille, France) », *Environnement, Risques & Santé*, vol.10, n°3, 2011, pp.216-221.
- **SILHOL (J.), VENTELOU (B.),** « Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? », *Revue française des affaires sociales*, 2019, pp.213-249.
- **VIGNERON (E.),** « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les tribunes de la santé*, n°38, 2013, pp.41-53.
- **X,** « Chapitre 2. Améliorer l'efficacité du système de santé », *Etudes économiques de l'OCDE*, n°18, 2018, pp.111 à 159.

## **V. NORMES JURIDIQUES**

### **● DÉCRETS**

- Dc. n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19, *JO* n°0059 du 10 mars 2020.
- Dc n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus, *JO* n°0069 du 20 mars 2020.

### **● LOIS :**

- L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO* n°0167 du 22 juillet 2009.
- L. n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JO* n°0022 du 27 janvier 2016.
- L. n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *JO* n°0172 du 26 juillet 2019.

## VI. ARTICLES DE PRESSE

- **CUORDIFEDE (C.)**, « Déserts médicaux : près de 10 % des Français vivent à plus d'une demi-heure d'un service d'urgence », *marianne.net*, 15 mars 2021.
- **DAUCE (A.)**, « Santé : la Somme loin d'être un désert médical, mais on y manque de spécialistes », *francebleu.fr*, 24 mars 2022.
- **DA VEIGA (L.)**, « L'Ile-de-France est devenue le plus grand désert médical du pays », *LesEchos*, 10 mars 2022.
- **FHP MCO**, « Les inégalités territoriales d'accès à la santé », *Actus santé*, 22 février 2018.
- **JOUVIN (E.)**, « Pour pallier le manque de médecins, le *Médicobus* sillonnera les routes de l'Orne », *Le Perche*, 28 septembre 2020.
- **JUANOLE (L.)**, « Hauts-de-France : les zones médicalement sous-dotées concernent 800 000 habitants supplémentaires », *legeneraliste.fr*, 13 mai 2022.
- **LAURENT (M.)**, « Covid-19 : comment vacciner dans les déserts médicaux », *La Croix*, 21 janvier 2021.
- **LIBERT (M.)**, « Pas-de-Calais : Médecins, pour combien iriez-vous exercer dans un désert médical ? », *20minutes.fr*, 18 février 2021.
- **PLESCHBERGER (J.)**, « En Autriche, un centre de santé transfrontalier pour lutter contre les déserts médicaux », *Euronews*, 17 octobre 2021.
- **POMMIER (H.)**, « Covid-19 : le désert médical freine-t-il la vaccination en Haute-Vienne ? », *Le Populaire du Centre*, 19 avril 2021.
- **RECORBET (S.)**, « Où sont les déserts médicaux dans nos départements ? », *leprogres.fr*, 12 décembre 2020 (màj 21 décembre 2020).
- **RENAUD (A.)**, « Mi-infirmiers, mi-médecins : l'autre rêve américain », *What's up doc?*, 6 avril 2022.
- **SOUFFI (E.)**, « Voici la carte de France des déserts médicaux », *Société*, *lejdd.fr*, 5 mai 2019.
- **TONSON (B.)**, « En carte : les inégalités de soin en France », *theconversation.com*, 15 septembre 2021.

## VII. WEBOGRAPHIE

- **AG2R La Mondiale**

- X, « Téléconsultation et télésoin : ce qui change durant l'épidémie de Covid-19 », consulté le 15 août 2022.

<https://www.ag2rlamondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-teleconsultation-et-telesoin-ce-qui-change-durant-l-epidemie-de-covid-19>

- **Ameli**

- X, « Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées », consulté le 9 octobre 2021.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>

- **Apolitical**

- X, « Hôpitaux sur roues et Skyping votre médecin: comment améliorer les soins de santé en milieu rural », consulté le 22 août 2022.

<https://apolitical.co/solution-articles/fr/hopitaux-sur-roues-et-skyping-votre-medecin-comment-ameliorer-les-soins-de-sante-en-milieu-rural>

- **Assurland**

- **BAS LORANT (Q.)**, « Santé : l'assurance maladie réduit-elle les inégalités ? », consulté le 17 mai 2022.

[https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-inegalites\\_140286.html](https://www.assurland.com/assurance-blog/assurance-sante-actualite/sante-l-assurance-maladie-reduit-elle-les-inegalites_140286.html)

- **British Antarctic Survey**

- X, « *Rothera medical facility, Rothera Point, Adelaide Island* », consulté le 11 juillet 2022.

<https://www.bas.ac.uk/polar-operations/sites-and-facilities/facility/rothera/medical-facility/>

- **Challenges**

- **DE FOUCAUD (I.)**, « Comment la télémédecine s'est installée dans le paysage médical en Suède », consulté le 26 mai 2022.

[https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysage-medical-en-suede\\_673765](https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/comment-la-telemedecine-s-est-installee-dans-le-paysage-medical-en-suede_673765)

- **Christopher Reeve**
  - X, « Loi sur la protection des patients et les soins abordables », consulté le 20 août 2022.  
<https://www.christopherreeve.org/fr/international/french-hub/travail-et-prestations/planification-financiere/loi-sur-la-protection-des-malades-et-des-soins-abordables>
- **Consilium Europa**
  - X, « Dix choses que fait l'UE pour lutter contre la COVID-19 et assurer la relance », consulté le 15 août 2022.  
<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/10-things-against-covid-19/>
- **Déserts Médicaux**
  - X, « Et pour les patients sans médecins ? », consulté le 20 août 2022.  
<https://desertsmedicaux.org/vaccin-covid/>
- **Environnements favorables à la santé**
  - X, « Les inégalités sociales et territoriales de la santé », consulté le 11 décembre 2021.  
<https://www.environnements-sante.ch/approfondir/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-la-sante/>
- **Espaces Transfrontaliers**
  - X, « Projets : Hôpital transfrontalier de Cerdagne », consulté le 9 août 2022.  
<http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projects/project/show/hopital-transfrontalier-de-cerdagne/>
- **Europe1**
  - **CARLIER (M.), FOSSAT (M.)**, « Déserts médicaux : le Pas-de-Calais va salarier trois médecins généralistes », consulté le 19 novembre 2021.  
<https://www.europe1.fr/societe/deserts-medicaux-le-pas-de-calais-va-salarier-trois-medecins-generalistes-4069675#:~:text=C%27est%20le%20triste%20constat,%C3%A0%20Sallaumines%2C%20pr%C3%AAs%20de%20Lens>
- **European Commission**
  - X, « *A cross-border hospital in Cerdanya improves healthcare for French and Spanish citizens* », consulté le 14 juin 2021.  
[https://ec.europa.eu/regional\\_policy/en/projects/spain/a-cross-border-hospital-in-cerdanya-improves-healthcare-for-french-and-spanish-citizens](https://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/spain/a-cross-border-hospital-in-cerdanya-improves-healthcare-for-french-and-spanish-citizens)



- X, « La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé : principes et pratiques », consulté le 7 septembre 2021.  
[https://ec.europa.eu/regional\\_policy/fr/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice](https://ec.europa.eu/regional_policy/fr/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice)
- **European Space Agency**
  - X, « *Wanted: a medical doctor for a cold adventure* », consulté le 17 novembre 2022.  
[https://www.esa.int/Science\\_Exploration/Human\\_and\\_Robotic\\_Exploration/Coordination/Wanted\\_a\\_medical\\_doctor\\_for\\_a\\_cold\\_adventure](https://www.esa.int/Science_Exploration/Human_and_Robotic_Exploration/Coordination/Wanted_a_medical_doctor_for_a_cold_adventure)
- **Filieris**
  - X, « La Polyclinique Sainte Barbe de Carmaux, hôpital de proximité », consulté le 30 juin 2022.  
<https://www.filieris.fr/actualites/1046-la-polyclinique-sainte-barbe-de-carmaux-hopital-de-proximite>
  - X, « Un centre de santé Filieris tout neuf à Forbach », consulté le 2 juillet 2022.  
<https://www.filieris.fr/actualites/1063-un-centre-de-sante-filieris-tout-neuf-a-forbach>
  - X, « Ouverture de deux nouveaux centres de santé dans le Nord », consulté le 2 juillet 2022.  
<https://www.filieris.fr/actualites/1050-ouverture-de-deux-nouveaux-centres-de-sante-dans-le-nord>
  - X, « Réseau FILIERIS », consulté le 9 juillet 2022.  
<https://www.secumines.org/reseau-filieris/une-offre-de-sante-de-proximite/24-reseau-filieris>
- **France Info**
  - **CARRIÈRE (C.)**, « Déserts médicaux : ces villes d'Occitanie où il y a "urgence sanitaire" », consulté le 17 décembre 2021.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/deserts-medicaux-ces-villes-d-occitanie-ou-il-y-a-urgence-sanitaire-2274997.html>
  - **DESMAS (M.)**, « Hauts-de-France : en ville comme à la campagne, les déserts médicaux gagnent du terrain », consulté le 25 janvier 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/hauts-france-ville-campagne-deserts-medicaux-gagnent-du-terrain-1625995.html>

- **HALIMA**, « Des initiatives pour lutter contre les déserts médicaux en Picardie », consulté le 14 mars 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/initiatives-lutter-contre-d-eserts-medicaux-picardie-1646128.html>
- **JAG**, « Un médecin de La Ferté-Milon cède gratuitement sa patientèle sur Leboncoin », consulté le 5 novembre 2021.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/aisne/medecin-ferte-millon-cede-gratuitement-sa-patientele-bon-coin-1436637.html>
- **PALL (E.)**, « Face aux désert médicaux, Mazingarbe dans le Pas-de-Calais innove et propose un cabinet médical éphémère », consulté le 17 mars 2022.  
<https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/pas-calais/lens/face-aux-d-esert-medicaux-mazingarbe-dans-le-pas-de-calais-innove-et-propose-un-cabinet-medical-ephemere-2474896.html>
- **ROUX (G.)**, « C'est comment ailleurs ? La lutte contre les déserts médicaux en Allemagne », consulté le 1er août 2022.  
[https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande\\_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne,m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-la-lutte-contre-les-deserts-medicaux-en-allemande_3216415.html#:~:text=La%20lutte%20contre%20les%20d%C3%A9serts%20m%C3%A9dicaux%20en%20Allemagne,m%C3%A9decins.%20...%204%20Le%20m%C3%A9decin%20en%20bus.%20)
- **X**, « Déserts médicaux : la méthode québécoise pour éviter les zones blanches », consulté le 21 mai 2022.  
[https://www.francetvinfo.fr/monde/canada/quebec/deserts-medicaux-la-methode-quebecoise-pour-eviter-les-zones-blanches\\_4915821.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/canada/quebec/deserts-medicaux-la-methode-quebecoise-pour-eviter-les-zones-blanches_4915821.html)
- **X**, « Allemagne : les déserts médicaux se multiplient dans les territoires de l'ex-RDA », consulté le 1er août 2022.  
[https://www.francetvinfo.fr/economie/crise/crise-europeenne/allemande-les-deserts-medicaux-se-multiplient-dans-les-territoires-de-l-ex-rda\\_3600327.html](https://www.francetvinfo.fr/economie/crise/crise-europeenne/allemande-les-deserts-medicaux-se-multiplient-dans-les-territoires-de-l-ex-rda_3600327.html)
- **Grand-Est ARS**
  - **X**, « Un guichet unique d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé », consulté le 10 juillet 2022.  
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/un-guichet-unique-dorientation-et-daccompagnement-des-professionnels-de-sante>

- **Hauts-de-France ARS**

- X, « Le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) », consulté le 3 mars 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-portail-daccompagnement-des-professionnels-de-sante-paps-0>

- X, « Le Plan d'accès aux soins dans les Hauts-de-France », consulté le 3 mars 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-plan-dacces-aux-soins-dans-les-hauts-de-france>

- X, « L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>

- X, « Aides à l'installation des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes-0>

- **Hôpital de Cerdagne**

- X, « Présentation : le nouvel hôpital de Cerdagne », consulté le 19 avril 2022.

<http://www.hcerdanya.eu/>

- **Huffingtonpost**

- TERRIER (M.), « Ce désert médical n'est pas comme les autres: c'est la base scientifique en Antarctique », consulté le 8 août 2022.

[https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comm-e-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique\\_198282.html](https://www.huffingtonpost.fr/insolite/article/ce-desert-medical-n-est-pas-comm-e-les-autres-c-est-la-base-scientifique-en-antarctique_198282.html)

- **Infirmiers**

- X, « Certificats de décès délivrés par les infirmiers : oui mais non...», consulté le 14 mai 2022.

<https://www.infirmiers.com/actualites/revue-de-presse/certificats-de-deces-delivres-par-les-infirmiers-oui-mais-non.html>

- X, « "Infirmier(e)s de famille" : la voie de la reconnaissance est ouverte ! », consulté le 14 mai 2022.

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmiers-famille-voie-reconnaissance-ouverte.html>

- **Institut Montaigne**
  - **LERIDON (B.)**, « Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié ? », consulté le 12 février 2022.  
<https://www.institutmontaigne.org/blog/2017/02/14/R%C3%A9forme-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-su%C3%A9dois-%3A-le-mod%C3%A8le-de-Stockholm-doit-il-%C3%AAtre-envi%C3%A9>
- **La Suède en kit**
  - **X**, « La santé version 2.0 en Suède – Bienvenue au pays de la cybersanté ! », consulté le 11 juillet 2022.  
<https://www.lasuedeenkit.se/la-sante-version-2-0-en-suede-bienvenue-au-pays-de-la-cybersante/>
- **Le quotidien du médecin**
  - **X**, « Le premier hôpital transfrontalier d’Europe inauguré dans les Pyrénées », consulté le 17 juin 2022.  
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/le-premier-hopital-transfrontalier-deurope-inaugure-dans-les-pyrenees>
- **Les généralistes**
  - **GALLIOT (G.)**, « Incitations à l’installation des médecins en zones déficitaires rurales », consulté le 17 septembre 2021.  
<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2005/10/22/incitations-a-linstallation-des-medecins-en-zones-deficitaires-rurales/>
- **Mc2i**
  - **LENNE (C-A.)**, « La télémédecine : Un avant et un après Covid-19 », consulté le 17 janvier 2022.  
<https://explorers.mc2i.fr/articles/la-telemedecine-un-avant-et-un-apres-covid-19>
- **Mutuelle des Services Publics**
  - **X**, « Déserts médicaux et Covid-19 : Ce fléau pour la campagne de vaccination », consulté le 17 décembre 2021.  
<https://mutuelle-msp.fr/deserts-medicaux-et-covid-19-ce-fleau-pour-la-campagne-de-vaccination/>
- **National Library of Medicine**
  - **MANUS (J-M.)**, « Télémédecine hier, et aujourd’hui avec la Covid », consulté le 21 mars 2022.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008837/>

- **Ordre National des Pharmaciens**
  - X, « Cartes départementales - Officine », consulté le 5 novembre 2021.  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/>
- **Ouest France**
  - QI (Y.), « CARTES. Déserts médicaux : quelles sont les zones les plus défavorisées ? », consulté le 10 août 2022.  
<https://www.ouest-france.fr/sante/cartes-deserts-medicaux-queelles-sont-les-zone-s-les-plus-defavorisees-795b9d62-8b07-11ec-88ed-2ead809b0816>
  - RICHARD (P.), « Déserts médicaux : “Pas de miracle mais...” », consulté le 11 juin 2022.  
<https://www.ouest-france.fr/sante/deserts-medicaux-pas-de-miracle-mais-750fdb8e-c701-11ec-85c7-ebe232218271>
- **Portail d'Accompagnement des Personnels de Santé**
  - X, « PACES : la filière d'excellence santé », consulté le 20 juillet 2021.  
<https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/paces-la-filiere-dexcellence-sante>
- **Previsima**
  - KAHINA, « Des inégalités d'accès aux soins encore trop importantes et qui risquent de s'accroître à l'avenir, selon la Mutualité française », consulté le 30 octobre 2021.  
<https://www.previsima.fr/actualite/les-inegalites-dacces-aux-soins-sont-encore-trop-importantes-et-qui-risquent-de-saccroitre-a-lavenir-selon-la-mutualite-francais.html>
- **Prochaine phase**
  - X, « 16 Avantages et inconvénients des soins de santé à payeur unique », consulté le 8 juin 2022.  
<https://prochainephase.com/16-avantages-et-inconvenients-des-soins-de-sante-a-payeur-unique/>
- **RCF**
  - GAULT (F.), « L'enjeu de la vaccination dans les déserts médicaux », consulté le 17 septembre 2021.  
<https://www.rcf.fr/articles/actualite/lenjeu-de-la-vaccination-dans-les-deserts-medicaux>

- **Sanofi**
  - **X**, « Comment la crise du coronavirus booste la téléconsultation médicale », consulté le 15 août 2022.  
<https://www.sanofi.fr/fr/labsante/comment-la-crise-du-coronavirus-booste-la-tel-econsultation-medicale>
- **Santé Publique France**
  - **X**, « Les inégalités sociales et territoriales de santé », consulté le 15 février 2022.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20et%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20concernent%20toute%20la,aux%20personnes%20les%20plus%20d%C3%A9munies.>
- **Sciences et Avenir**
  - **AFP**, « Allemagne : un bus pour remédier aux déserts médicaux », consulté le 8 août 2022.  
[https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux\\_130407](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/allemande-un-bus-pour-remedier-aux-deserts-medicaux_130407)
- **Stringfixer**
  - **X**, « Les déserts médicaux aux États-Unis », consulté le 15 juillet 2022.  
[https://stringfixer.com/fr/Medical\\_deserts\\_in\\_the\\_United\\_States](https://stringfixer.com/fr/Medical_deserts_in_the_United_States)
- **TF1 Info**
  - **La rédaction de LCI**, « Déserts médicaux et Covid-19 : comment les petites communes s'adaptent », consulté le 12 juin 2022.  
<https://www.tf1info.fr/sante/video-deserts-medicaux-et-covid-19-comment-les-petites-communes-s-adaptent-1163-2162052.html>
- **Vie Publique**
  - **La rédaction**, « La télémédecine, une pratique en voie de généralisation », consulté le 2 septembre 2021.  
<https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
  - **La rédaction**, « Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? », consulté le 27 octobre 2021.  
<https://www.vie-publique.fr/en-bref/279852-covid-19-gestion-de-la-crise-sanitaire-en-france#:~:text=renforcer%20la%20sant%C3%A9%20publique%20>

- **World Health Organization**

- X, « *New cross-border health care center opens on the Austrian-Czech border* », consulté le 3 mars 2022.

<https://www.who.int/europe/news/item/28-11-2021-new-cross-border-health-care-centre-opens-on-the-austrian-czech-border>

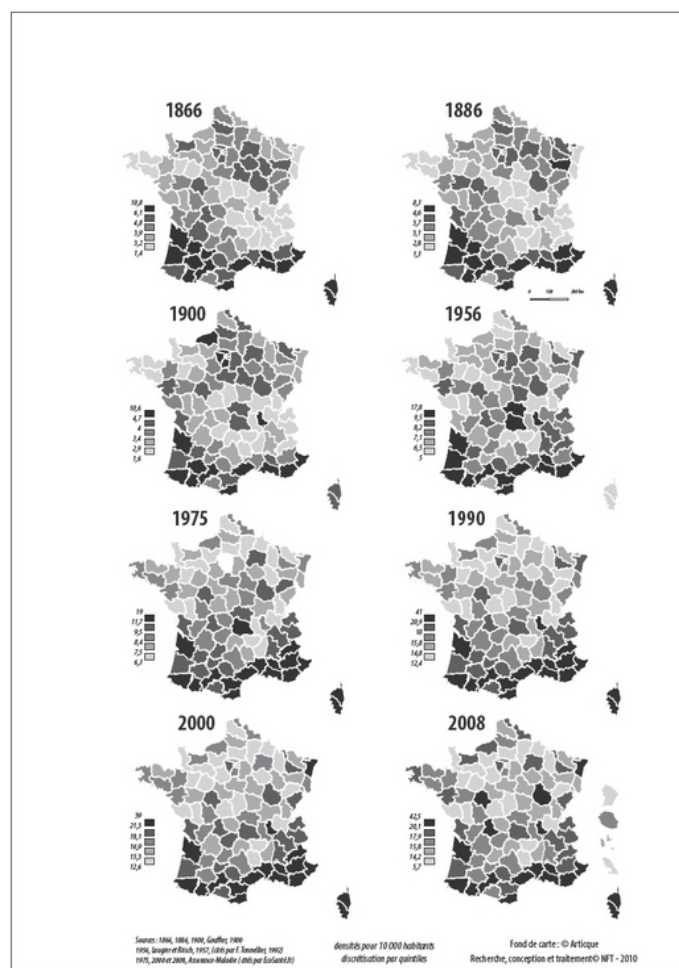
## VIII. **AUTRES**

- **ARS**, « Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux dans les Hauts-de-France », *Pacte Territoire Santé*, février 2017, 16p.
- **BOUET (P.)**, « Atlas de la démographie médicale en France », Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.
- **MOUTON (B.)**, « Histoire d'un régime spécial de sécurité sociale : Le Régime Minier », consulté le 23 juillet 2022.
- **VERCOUSTRE (L.)**, « Déserts médicaux (2) Benchmarking : l'exception française », *Blog le quotidien du médecin*, 23 avril 2022.
- **VERDIER (A.)**, « Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 », Lille : ARS Haut-de-France, 31 juillet 2019, pp.1-10.

# ANNEXES

## ANNEXE I

### CARTE N°I : Évolution ou stabilité des densités départementales de médecins libéraux depuis le milieu du XIXe siècle ?

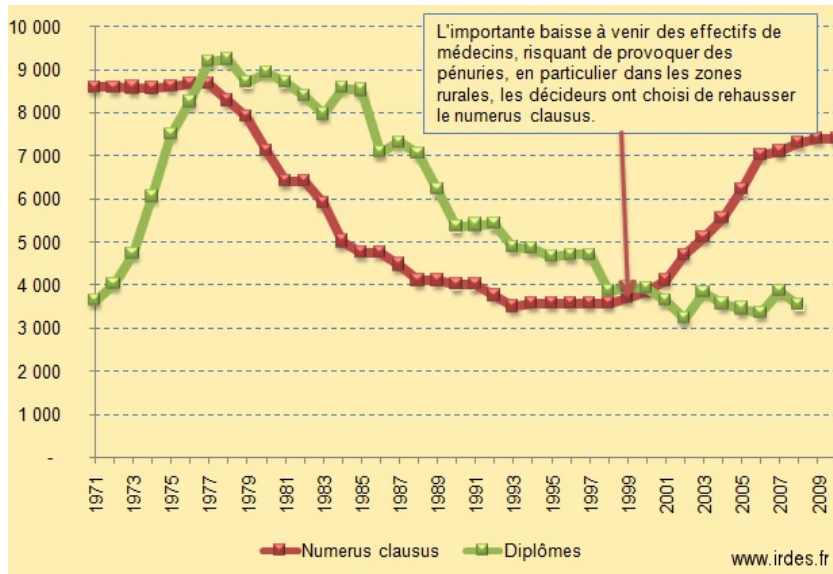


VIGNERON (E.), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les tribunes de la santé*, n°38, 2013, pp.11-13.



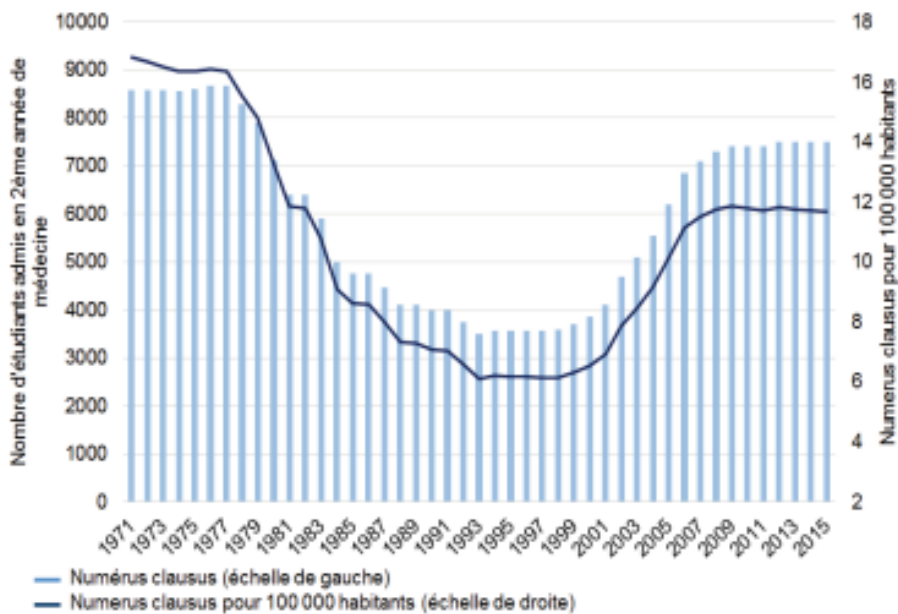
## ANNEXE II

GRAPHIQUE N°I : Evolution du numerus clausus en médecine/odontologie et du nombre de diplômés en médecine



<https://www.irdes.fr/>

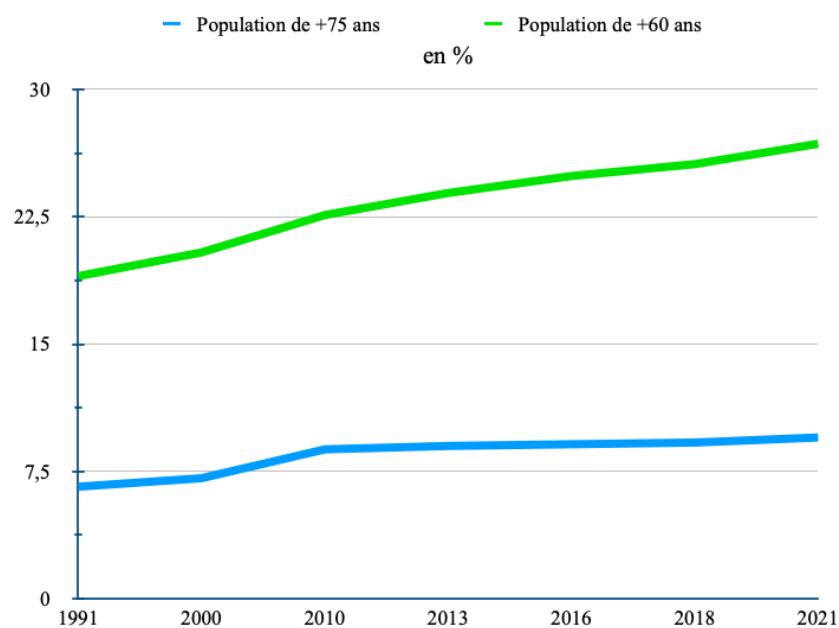
GRAPHIQUE N°II : Évolution du numerus clausus depuis 1971

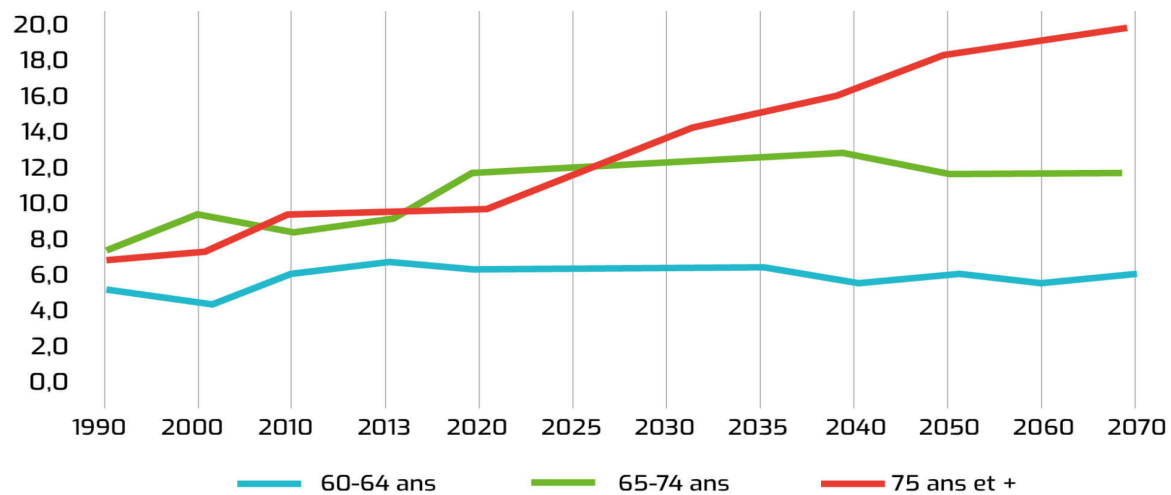


**ANNEXE III**

TABLEAU N°I et GRAPHIQUE N°III réalisés à partir des chiffres de l'INSEE

Au 1 <sup>er</sup> janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Ensemble en milliers
<b>France<sup>2</sup></b>					
1991	27,7	53,2	19,0	6,6	58 280,1
2000	25,8	53,8	20,4	7,1	60 508,2
2010	24,8	52,6	22,6	8,8	64 612,9
2011	24,7	52,2	23,1	8,9	64 933,4
2012	24,6	51,9	23,5	9,0	65 241,2
2013 (r)	24,5	51,6	23,9	9,0	65 564,8
2014 (p)	24,6	51,2	24,1	9,1	66 074,3
2015 (p)	24,6	50,8	24,5	9,1	66 380,6
2016 (p)	24,6	50,5	24,9	9,1	66 627,6





GRAPHIQUE N°IV : Part des seniors dans la société française

<https://www.insee.fr/>

## ANNEXE IV

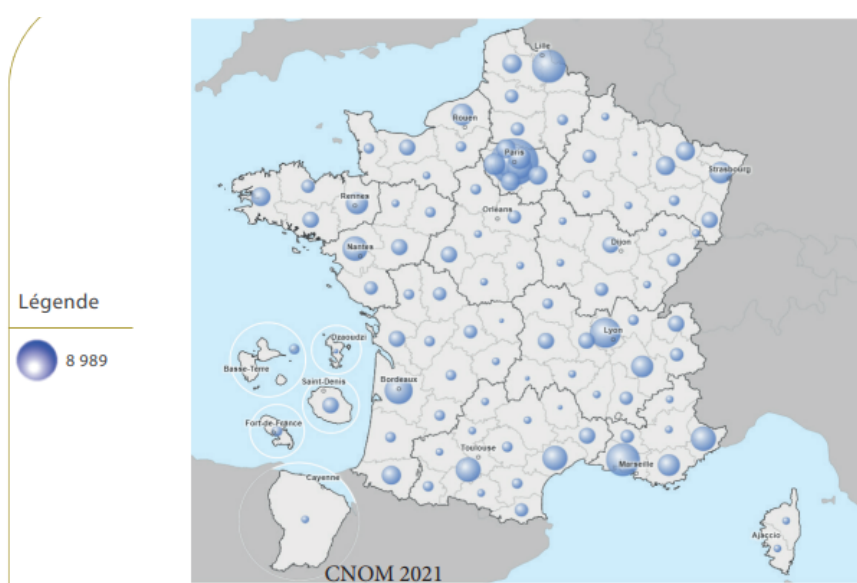
**TABLEAU N°II : Répartition départementale du nombre de médecins inscrits au tableau de**

Région	Effectifs	Ratio régional/national
Auvergne-Rhône-Alpes	37282	11,9%
Bourgogne-Franche-Comté	11366	3,6%
Bretagne	15592	5,0%
Centre-Val-de-Loire	9201	2,9%
COM	1753	0,6%
Corse	1408	0,5%
DOM	7089	2,3%
Grand-Est	24026	7,7%
Hauts-de-France	23965	7,7%
Ile-de-France	64745	20,7%
Liste spéciale	920	0,3%
Normandie	13036	4,2%
Nouvelle-Aquitaine	28596	9,2%
Occitanie	29107	9,3%
Pays-de-la-Loire	15210	4,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28876	9,3%
<b>Total général</b>	<b>307130</b>	<b>100 %</b>

### l'Ordre et part régionale (%) des inscrits au 1er janvier 2021

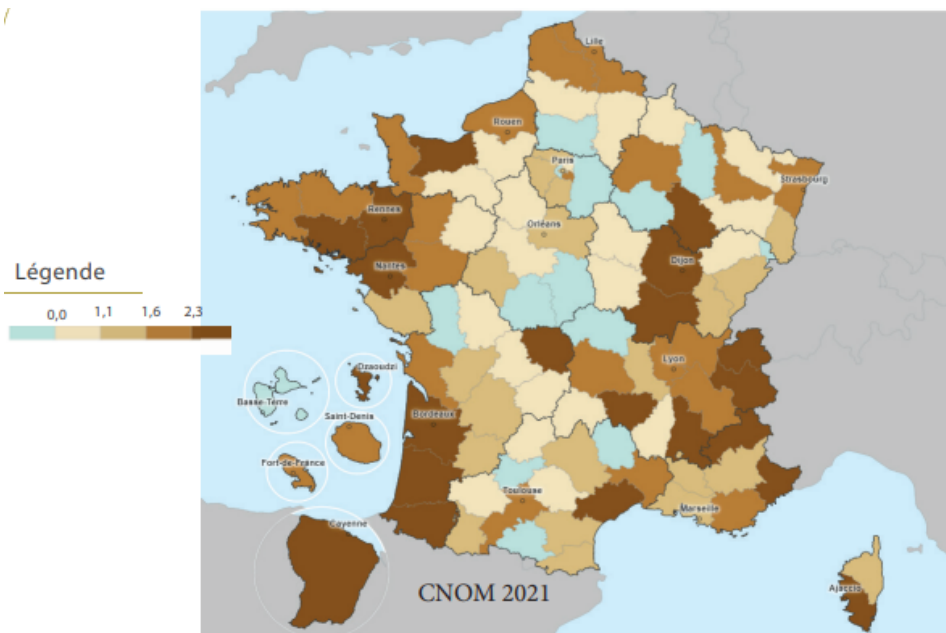
BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

**CARTE N°II : Répartition départementale des inscrits en 2021**



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

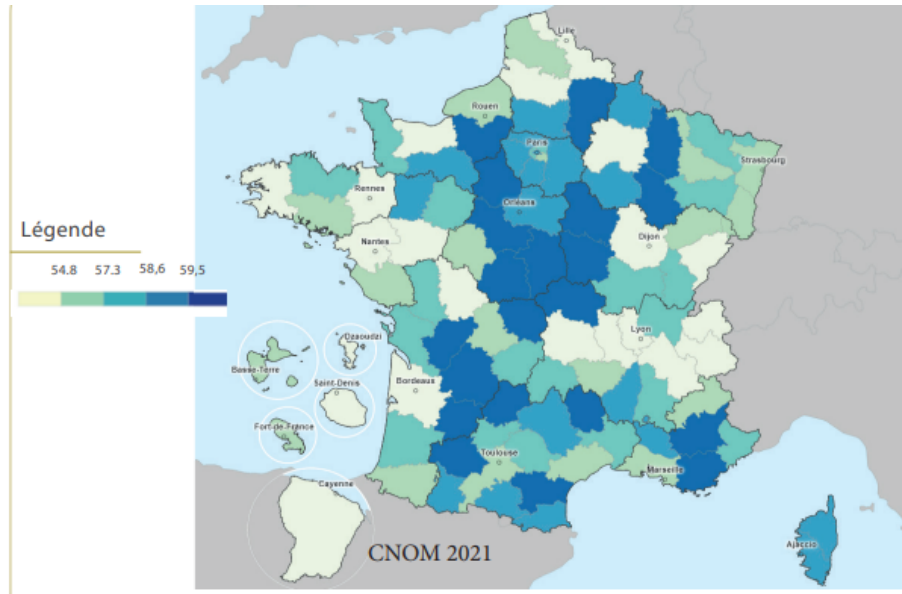
CARTE N°III : Variation (%) des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre entre 2020 et 2021



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

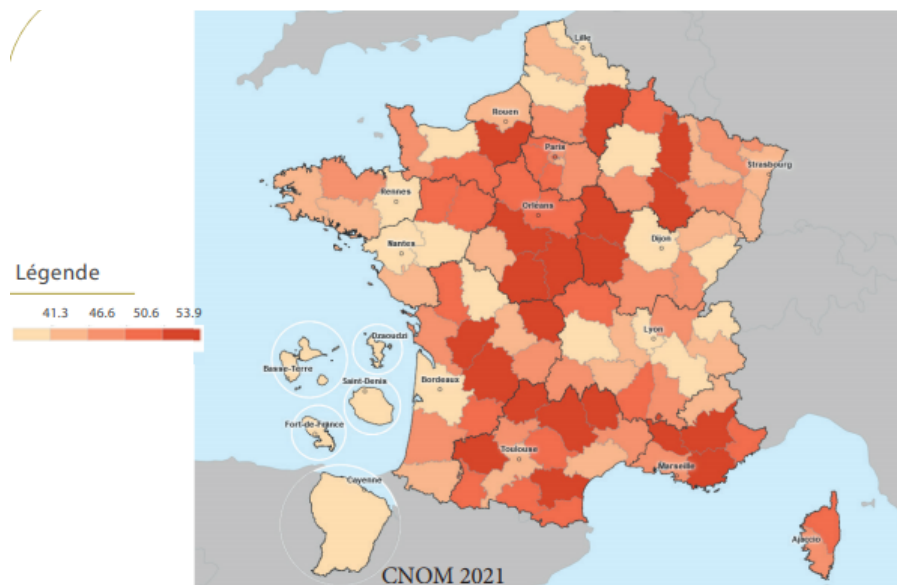
## ANNEXE V

### CARTE N°IV : Moyenne d'âge (année) de l'ensemble des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre en 2021



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

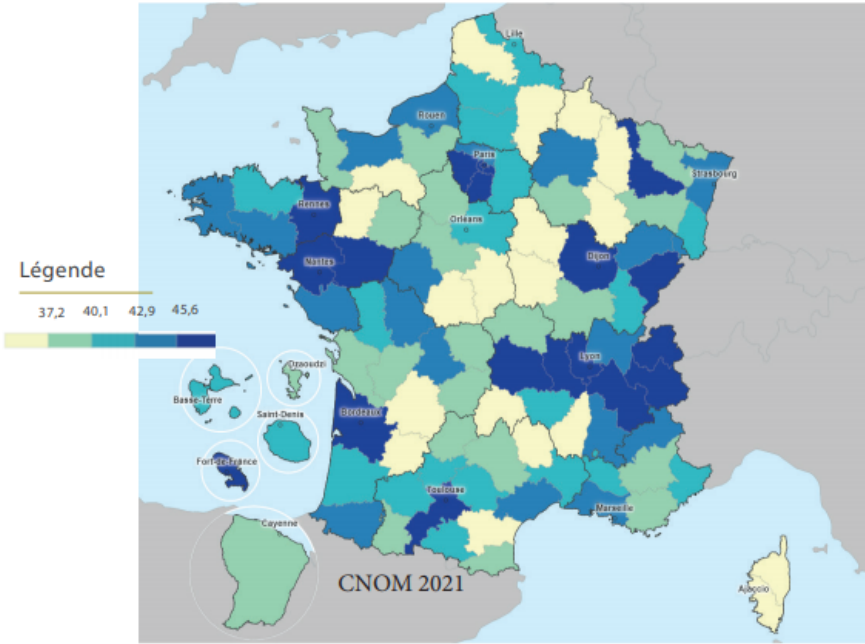
### CARTE N°V: Proportion (%) des plus de 60 ans inscrits en 2021



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

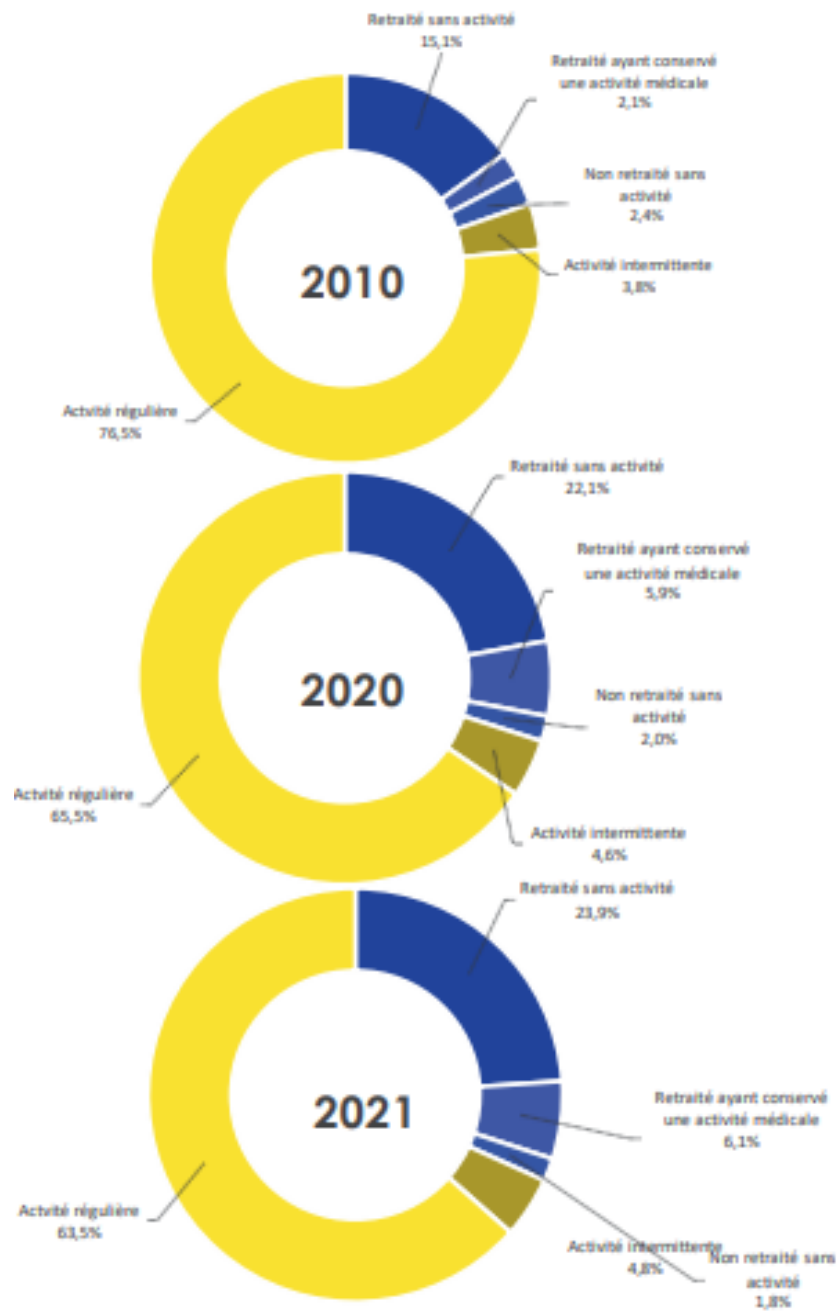
# ANNEXE VI

CARTE N°VI : Proportion (%) par département des femmes inscrites en 2021 (%)



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l’Ordre des Médecins, 2021, 141p.

DIAGRAMME N°1 : Répartition (%) de l'activité générale en 2010, 2020 et 2021

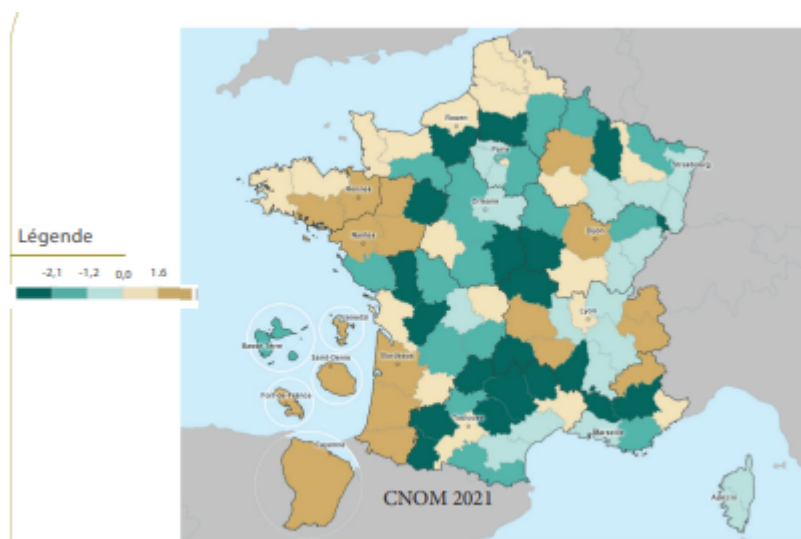


BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.



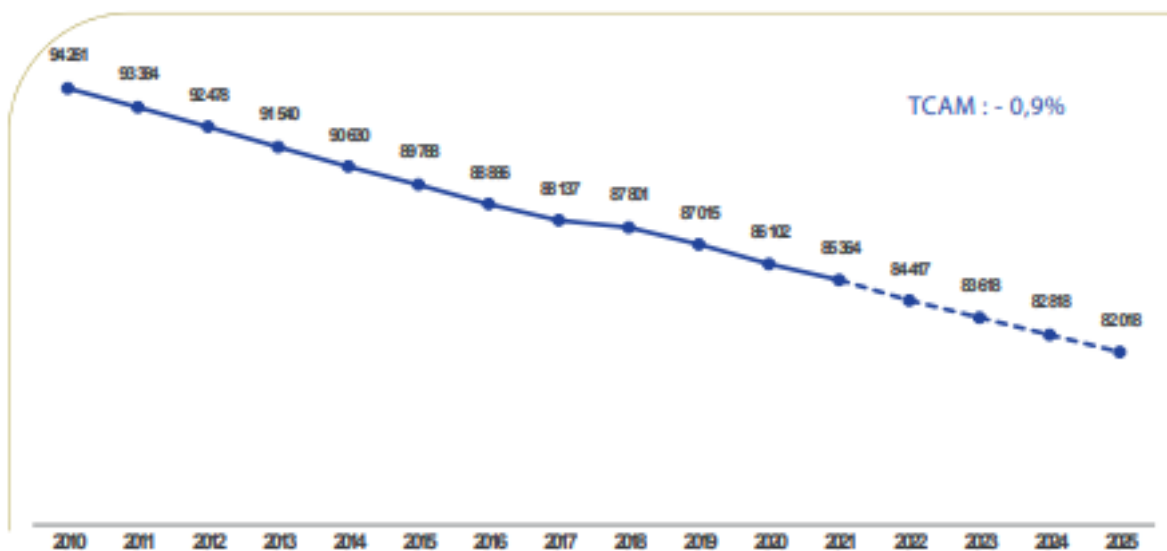
## ANNEXE VII

CARTE N°VII : Variation (%) du nombre de médecins en activité régulière entre 2020 et 2021



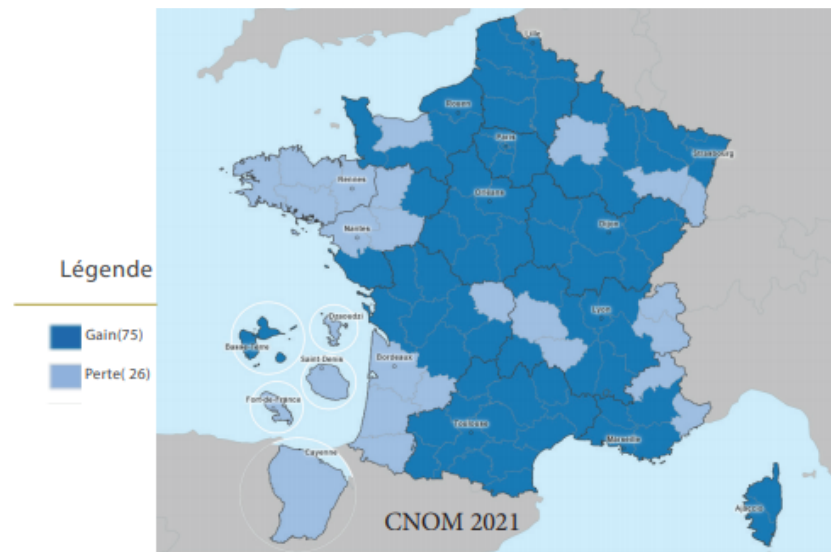
BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

GRAPHIQUE N°V : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025



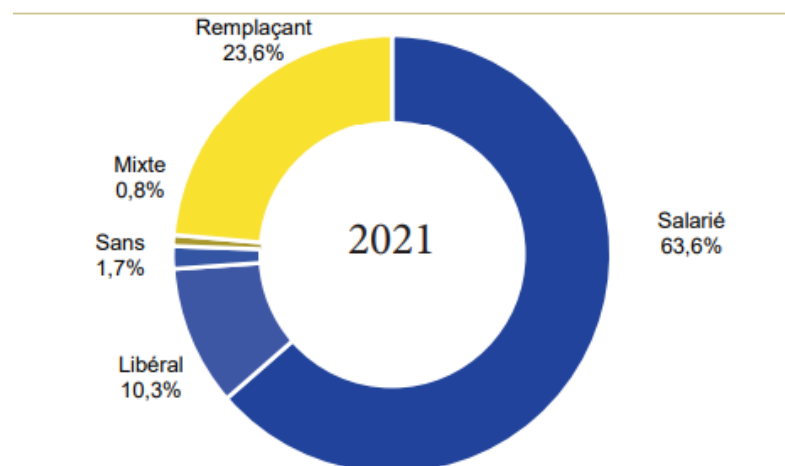
BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

CARTE N°VIII : Tendance des départements métropolitains à perdre ou gagner des médecins généralistes en activité régulière pour la période 2020-2021



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

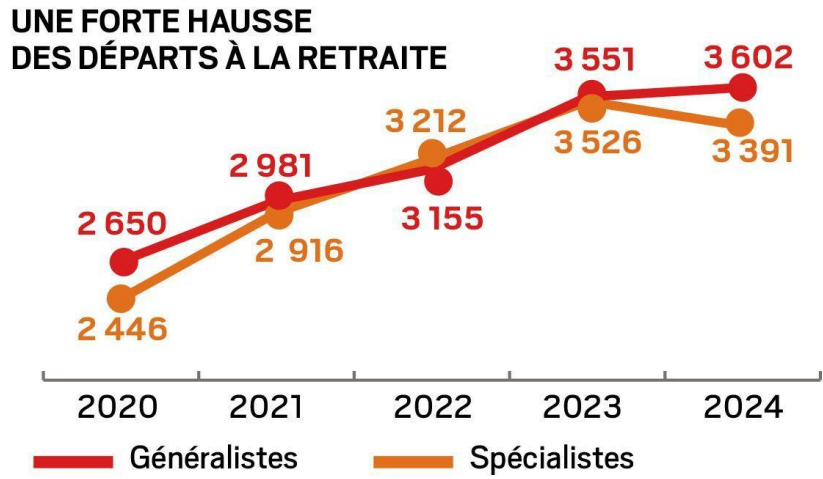
DIAGRAMME N°II : Répartition (%) selon le mode d'exercice des nouveaux inscrits en 2021



BOUET (P.), « Atlas de la démographie médicale en France », Tome 1, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2021, 141p.

## ANNEXE VIII

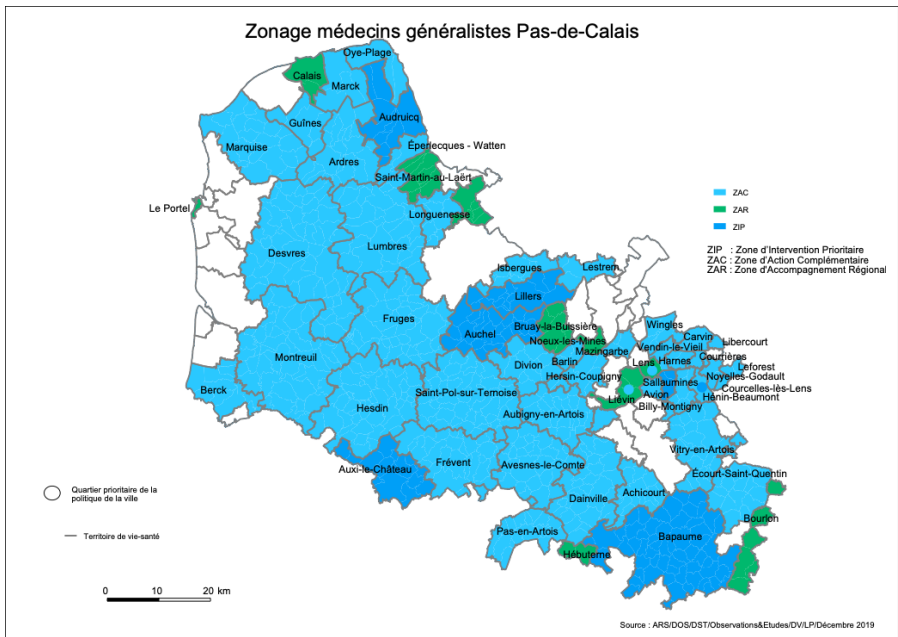
GRAPHIQUE N°VI : Le départ des médecins à la retraite d'ici à 2024



SOUFFI (E.), « Voici la carte de France des déserts médicaux », in Société, lejdd.fr, 5 mai 2019, 3p.

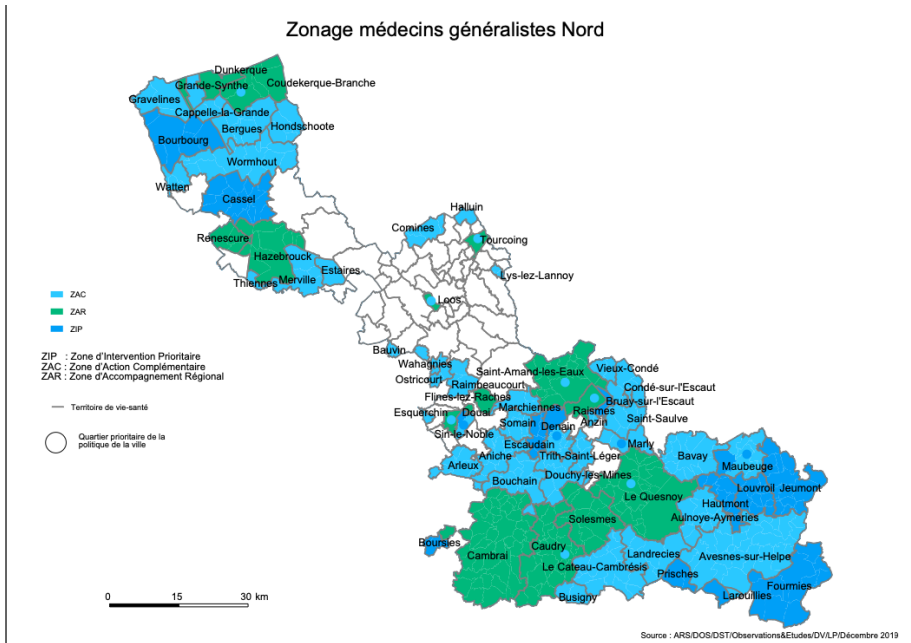
# ANNEXE IX

CARTE N°IX : Zonage médecins généralistes Pas-de-Calais



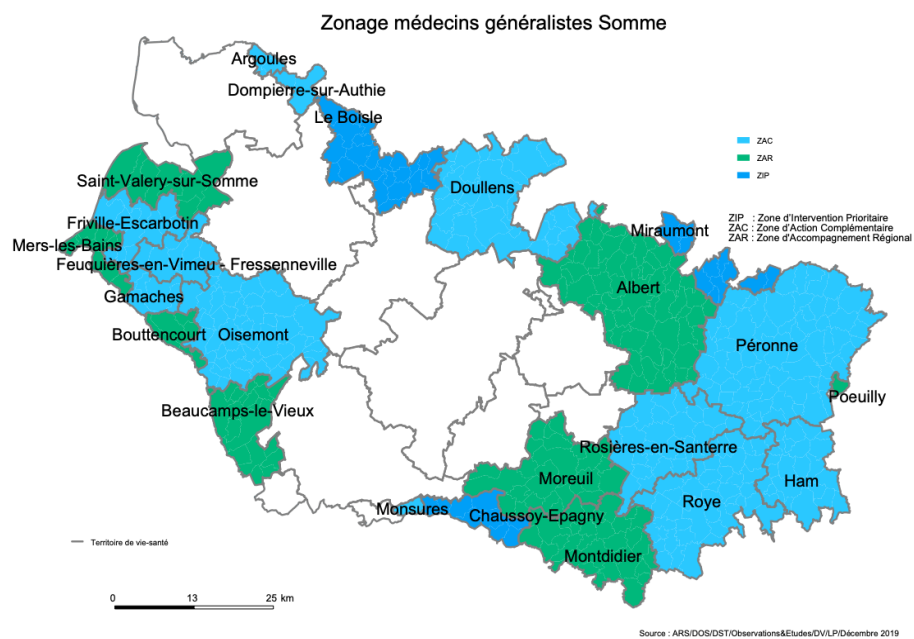
Haut-de-France ARS, « Aides à l’installation des médecins généralistes », *in Établissements et professionnels*, 21 février 2021.

CARTE N°X : Zonage médecins généralistes Nord



Haut-de-France ARS, « Aides à l’installation des médecins généralistes », *in Établissements et professionnels*, 21 février 2021.

## CARTE N°XI : Zonage médecins généralistes Somme

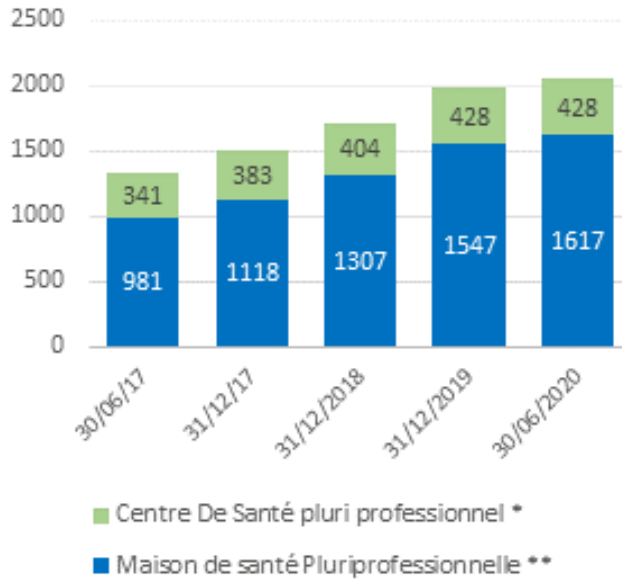


X, « Aides à l'installation des médecins généralistes », consulté le 19 avril 2022.

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes-0>

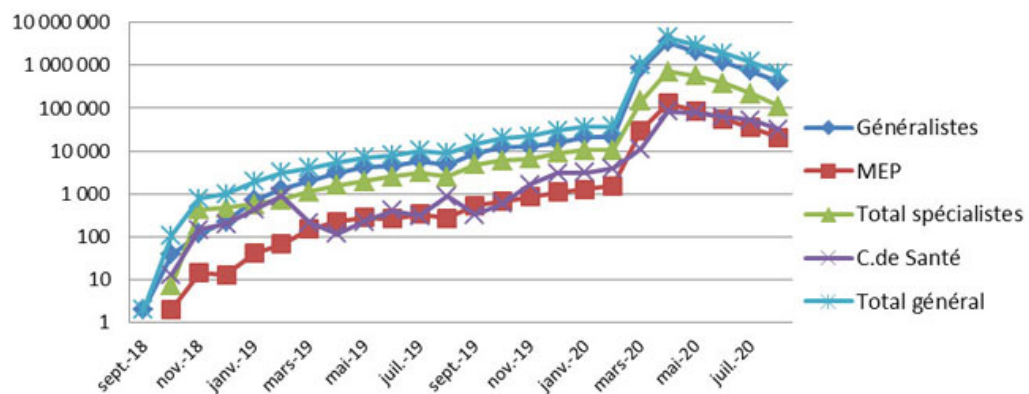
## ANNEXE X

DIAGRAMME N°III : Nombre de MSP et C. de Santé pendant la période 2017-2020



<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

GRAPHIQUE N°VII : Évolution du nombre de téléconsultations des médecins libéraux



<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE D'ABRÉVIATIONS</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE</b>	<b>16</b>
<b><u>TITRE 1 / LA FRANCE FACE À UNE PROBLÉMATIQUE CROISSANTE D'INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><i>CHAPITRE I / LES DÉSERTS MÉDICAUX : UNE RÉALITÉ SÉCULAIRE</i></b>	<b><i>18</i></b>
<b><u>SECTION I / LES ZONES DE SOUS DENSITÉ MÉDICALE : UNE PROBLÉMATIQUE ANCIENNE ET CROISSANTE</u></b>	<b><u>18</u></b>
I) L'avènement de la notion de désert médical en France	18
Entre « désert médical » et « sous densité médicale »	19
Repérer les déserts médicaux : création de l'indicateur APL	20
II) Les signes de l'aggravation de la couverture médicale française	21
Des mesures gouvernementales nécessaires face à une situation alarmante	21
Distinction de deux profils spécifiques : amplificateurs de la désertification médicale	22
<b><u>SECTION II / LES DIFFÉRENTS FACTEURS ENTRAÎNANT LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE ACTUELLE FRANÇAISE</u></b>	<b><u>24</u></b>
I) Croisement des inégalités territoriales et socio-économiques de santé	24
Les différences de niveau socio-économique des populations, facteur impactant l'accès aux soins	24
L'organisation et le fonctionnement du système d'Assurance Maladie, facteur d'inégalité sociale à ses dépens	25
II) La désertification médicale, une réalité de plus en plus constatée	26
La dynamique d'une zone en sous densité en raison de départs en retraite et de l'attractivité du territoire	27
Répartition de la démographie médicale entre les territoires ruraux et urbanisés	28
<b><i>CHAPITRE II / FOCUS SUR LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES HAUTS DE FRANCE</i></b>	<b><i>29</i></b>
<b><u>SECTION I / L'INÉGALITÉ TERRITORIALE D'ACCÈS AUX SOINS : PRIORITÉ DE L'ARS HDF</u></b>	<b><u>29</u></b>
I) Renforcer et améliorer l'offre de soins des HDF	30
Vers une présence médicale et soignante pérenne : les mesures mises en oeuvre par l'ARS	30
Les initiatives supplémentaires prises par l'ARS HDF	31
II) Mesures incitatives et réformes organisationnelles	33
Création et financement de nouvelles mesures d'accompagnement pour l'installation et le maintien des médecins	33

Favoriser une meilleure organisation des professions de santé	34
<b><u>SECTION II / ETUDE COMPARATIVE DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES DÉPARTEMENTS</u></b>	<b>35</b>
I) Un constat alarmant au sein de la région HDF	36
Etat des lieux dans les départements des HDF	36
Des solutions surprenantes mises en place dans la région HDF	38
II) Une lutte contre les déserts médicaux portant ses fruits	39
L'impact des mesures prises pour endiguer les déserts médicaux en HDF	39
Elargissement de l'étude à d'autres régions de France	40
<b><u>TITRE 2 / LES DÉSERTS MÉDICAUX FACE A LA PANDEMIE DE COVID 19</u></b>	<b>42</b>
<b><i>CHAPITRE I / LE SARS-CoV-2 : L'ÉPÉE DE DAMOCLÈS SANITAIRE</i></b>	<b>42</b>
<b><u>SECTION I / UNE CRISE SANITAIRE SOUDAINE, AIGUË ET INATTENDUE</u></b>	<b>43</b>
I) DES CAPACITÉS DE GESTION DE CRISE SURESTIMÉES	43
Distinction de cinq périodes dans la gestion de la crise sanitaire en France	43
Impact de la gestion de la crise sanitaire en France	44
II) UNE FRANCE DÉSEMPARÉE EN SOUFFRANCE	45
Des complications liées à des facteurs structurels	45
Des complications liées à des facteurs conjoncturels et une faiblesse dans l'anticipation	46
<b><u>SECTION II / UN PHÉNOMÈNE DE DÉSERTIFICATION MÉDICALE ASSOMBRIT PAR LA CRISE SANITAIRE</u></b>	<b>47</b>
I) La campagne vaccinale : un fléau pour les déserts médicaux	48
Vivre dans un désert médical en temps de crise sanitaire, synonyme de « double peine »	48
Une organisation de campagne vaccinale pénalisée par le manque de médecins dans les zones rurales	49
II) Mobilisation des acteurs de santé afin de limiter l'impact de la crise sanitaire sur les déserts médicaux	50
Un manque d'anticipation des pouvoirs publics compensé par la mobilisation des acteurs de santé	50
L'impact sanitaire indirect créé par la crise sanitaire et les déserts médicaux	51
<b><i>CHAPITRE II / UNE PROBLÉMATIQUE ANCIENNE MISE EN LUMIÈRE PAR LE SARS-CoV-2</i></b>	<b>52</b>
<b><u>SECTION I / DES MESURES IMPOSÉES VIS-À-VIS DE LA GRAVITÉ DE LA SITUATION</u></b>	<b>53</b>
I) Le SARS-CoV-2 : moteur premier de la téléconsultation médicale française	53
L'essor spectaculaire des téléconsultations en temps de crise sanitaire	53
Un assouplissement forcé du cadre réglementaire de la télémédecine	54
II) L'évolution de la situation après le covid-19	56



La e-santé : le nouveau Graal des zones de sous-densité médicale	56
Une entraide européenne essentielle sur le long terme	57
<b>PARTIE II : LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS : ENJEU CROISSANT ENCLIN À DES MESURES D'AMÉLIORATION</b>	<b>58</b>
<b><u>TITRE 1 / DES MESURES FAVORISANT LA RÉSORPTION D'UNE SITUATION FRANÇAISE ALARMANTE</u></b>	<b><u>59</u></b>
<b><i>CHAPITRE 1 / FILIERIS, ACTEUR DE LA RÉSORPTION DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS</i></b>	<b><i>60</i></b>
<b><u>SECTION I / HISTOIRE DE FILIERIS</u></b>	<b><u>60</u></b>
I) L'héritier du régime minier : le réseau FILIERIS	60
La création d'un régime minier, distributeur de soins et de secours	60
FILIERIS, la santé en action	62
II) L'offre de soins FILIERIS dans le Nord	63
L'activité ambulatoire et les différents types de structures du groupe Nord	63
Le SPASAD, accompagnateur et aidant des personnes âgées et/ou dépendantes	64
<b><u>SECTION II / ACTIONS ET MISSIONS POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX</u></b>	<b><u>65</u></b>
I) Evoluer pour offrir une meilleure qualité de service	65
FILIERIS, acteur de la santé publique française	65
Le portage de médicaments à domicile	66
II) Initiatives innovantes pour une offre de soin au plus près des patients	67
Chrono'dose : vaccins en « pickup » dans les déserts médicaux	67
Ouverture de centres de services médicaux nouvelle génération	68
<b><i>CHAPITRE 2 / DES SOLUTIONS APPRÉCIABLES MAIS JUGÉES ENCORE INSUFFISANTES</i></b>	<b><i>70</i></b>
<b><u>SECTION I / LES DISPOSITIFS D'INCITATIONS FINANCIÈRES</u></b>	<b><u>70</u></b>
I) De l'incitation à l'installation vers une assistance financière à l'installation	70
Incitations conventionnelles à l'installation dans les zones déficitaires	71
Remplacées par quatre types d'aides	72
II) L'ARS et les collectivités territoriales, commanditaires des installations des médecins en zone de sous-densité médicale	73
Contractualisation avec les Agences Régionales de Santé (ARS)	73
Bourses et aides financières des collectivités territoriales	74
<b><u>SECTION II / MESURES CONCERNANT LA FORMATION, L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS ET L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'EXERCICE</u></b>	<b><u>75</u></b>
I) Vers une modernisation du système de santé, limitatrice des inégalités d'accès aux soins	75
Le Projet Régional de Santé : réducteur des inégalités sociales et territoriales de santé	75

Une modernisation accélérée mais nécessaire du système de santé	77
II) Quatre propositions étonnantes de la part des infirmiers libéraux	78
Reconnaissance et évolution du statut d'infirmier de famille	78
Responsabiliser et autonomiser les infirmiers	79
<b><u>TITRE 2 / QUELQUES RÉFLEXIONS ISSUES DES EXPÉRIENCES AU DELÀ DES FRONTIÈRES FRANÇAISES</u></b>	<b>81</b>
<b><i>CHAPITRE 1 / DES PAYS INSPIRANTS DANS LEUR GESTION ET RÉSORPTION DES DÉSERTS MÉDICAUX</i></b>	<b>82</b>
<b><u>SECTION I / LES POLITIQUES EFFICACES AU VU DE L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE</u></b>	<b>82</b>
I) Les politiques d'incitation à l'installation des médecins	82
Liberté d'installation sous contrôle en Allemagne et au Québec	82
<i>Le Bedarfsplan : le dispositif allemand</i>	82
<i>La récompense ou la punition (la carotte ou le bâton) : la méthode québécoise</i>	83
Le médecin en bus	84
II) Le développement d'un accès aux soins transfrontalier	85
Le premier hôpital transfrontalier d'Europe	86
Le premier centre médical transfrontalier d'Europe	87
<b><u>SECTION II/ LA SUÈDE, PAYS PIONNIER EN EUROPE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE NUMÉRIQUE</u></b>	<b>88</b>
I) De nombreux obstacles au système médical scandinave	88
Le concept de stratégie nationale de cybersanté de la Suède	89
Privatisation de la gestion de certains services hospitaliers suédois	89
II) Panacée suédois des déserts médicaux : des logiciels et des robots	90
L'Intelligence Artificielle au service de la santé	91
Livi, jumelle française de la plateforme de télémédecine suédoise Kry	92
<b><i>CHAPITRE 2 / LES PAYS EN DIFFICULTÉS FACE À DES DÉSERTS MÉDICAUX TENACES</i></b>	<b>93</b>
<b><u>SECTION I/ SANTÉ ET INÉGALITÉS AUX ETATS UNIS</u></b>	<b>93</b>
I) Les différences d'accès aux soins en territoires urbains et ruraux	94
Les inégalités d'accès aux soins en milieu rural	94
Les quartiers afro-américains, éprouvés par le manque d'accès aux soins	95
II) Les mesures américaines résorbant les déserts médicaux	96
Permettre un accès continu à des soins de qualité et abordables	96
Ouverture d'un plus grand nombre de centres d'urgences permanents	97
<b><u>SECTION II / DES ENSEIGNEMENTS INÉDITS DÉCOULANT DE SITUATIONS ÉTRANGÈRES INVRAISEMBLABLES</u></b>	<b>98</b>
I) L'accès aux soins dans les régions polaires	99
Les stations de recherche Concordia et Rothera	99
The British Antarctic Survey Medical Unit	100
II) Leçons à tirer des expériences étrangères	101

Médecins étrangers et professions de santé intermédiaire	101
Un découpage territorial des soins révisé	102
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>104</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>120</b>
ANNEXE I	120
ANNEXE II	121
ANNEXE III	122
ANNEXE IV	124
ANNEXE V	126
ANNEXE VI	127
ANNEXE VII	129
ANNEXE VIII	131
ANNEXE IX	132
ANNEXE X	134
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>135</b>