



Corinne Isnard Bagnis,
professeur de
néphrologie

Olivier Babinet,
directeur de la santé du
Conseil départemental des Yvelines

© Michel Le Moine

Quelles réalités des déserts médicaux ?

Olivier Babinet et Corinne Isnard Bagnis sont les auteurs du livre *Les déserts médicaux en question(s)* publié en mars. Ils interrogent la vision traditionnelle des déserts médicaux, allant bien au-delà de la représentation géographique de ces derniers.

Union Sociale: Quelle est votre conception du désert médical ?

Olivier Babinet: Il existe de nombreux rapports sur les déserts médicaux géographiques que l'on se représente comme des terres rurales, où les habitants doivent faire des kilomètres pour se soigner. Ils existent en milieu rural, mais aussi en milieu urbain, et concernent 6 % de la population française. En fait, une commune sur trois est un désert médical sous-doté en médecins et un généraliste sur deux ne prend plus de nouveaux patients. Il y est donc difficile de trouver un médecin traitant

et les délais d'attente pour les rendez-vous sont importants. Cela entraîne une augmentation des passages aux urgences: 20 % d'entre eux auraient pu être traités par un généraliste. L'originalité de notre livre est de considérer que s'il y a bien des déserts médicaux géographiques, il y a aussi bien d'autres types de déserts médicaux. La définition que l'on retient est qu'il doit y avoir une discordance entre le besoin en santé et l'offre de soins. C'est le cas dans l'accompagnement à domicile des personnes vieillissantes dépendantes: le maintien à domicile est plébiscité, mais les

ruptures de prise en charge entre la médecine de ville, l'hôpital et l'Ehpad sont fréquentes. On passe d'un professionnel à l'autre, sans accompagnement suivi. Pour nous, la dépendance est donc aussi un désert médical.

Corinne Isnard Bagnis: D'autres domaines sont sous-dotés. En santé mentale par exemple: chez une personne présentant des troubles psychiatriques, il sera beaucoup plus difficile de faire le diagnostic d'une pathologie organique, car l'expression des symptômes cliniques sera différente. Souffrir d'une pathologie mentale

empêche donc parfois un suivi de qualité de la santé somatique. Chercher des solutions géographiques n'est donc pas suffisant pour régler l'inadéquation actuelle entre le besoin en santé et l'offre de soins dans ce domaine.

Union Sociale: Mais comment aller plus loin ?

Olivier Babinet: Il est plus simple pour l'État, les collectivités territoriales et les établissements de santé d'aborder le problème des déserts médicaux sous l'angle géographique, plus tangible que la notion très large que nous proposons dans le livre. Nous identifions des déserts médicaux dans les domaines de la médecine scolaire, de la santé mentale, dans les Ehpad, dans le champ des maladies rares... Chacun s'organise dans son coin, parce que cela paraît plus simple, mais aucune solution n'émerge vraiment.

Corinne Isnard Bagnis: Notre objectif est justement de proposer des solutions pour répondre à ce problème global. Comment peut-on aujourd'hui avoir la même qualité de soin où que l'on habite dans le territoire et quel que soit notre besoin ? Les attentes en matière de santé ne se résument plus seulement à l'offre proposée par le médecin généraliste. Depuis trente ans, avec l'évolution de la société, les prises en charge deviennent multidisciplinaires, avec des spécialistes, des kinés, des infirmières qui interviennent dans beaucoup de pathologies... Si l'on veut une égalité d'accès aux soins, cela passe par une réflexion supra-géographique, tenant compte des réalités actuelles du développement de la médecine.

Union Sociale: Comment faire évoluer cette réflexion ?

Corinne Isnard Bagnis: La vision de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suit les différents âges de la vie. Il y a la santé néonatale, dans l'enfance, à l'école, au travail, puis au cours du vieillissement...

Or, à chacune de ces étapes de la vie, les structures françaises qui assument la responsabilité de dépister les problématiques de santé ne répondent plus de façon adéquate aux besoins des personnes.

Olivier Babinet: Créées après-guerre, les Protection maternelle et infantile (PMI) dépendent des départements, la santé scolaire du ministère de l'Éducation nationale, la médecine du travail du ministère du Travail... Le fait qu'elles n'aient aucun lien entre elles, ni avec le ministère de la Santé pose question. En santé scolaire, que nous identifions comme l'un des déserts médicaux français majeurs, moins d'un enfant sur cinq bénéficie de la visite des 6 ans avec un médecin scolaire, alors que ce bilan de santé devrait être universel. À 12 ans, le bilan infirmier obligatoire n'est effectif que pour 62 % des élèves. Cela résulte notamment de règles antiques, qui vont à contre-courant de l'organisation sanitaire actuelle: le cloisonnement est consacré ! Et cela met en péril la prévention. En médecine du travail, le système n'est pas meilleur, avec des employeurs qui considèrent que les visites médicales du travail sont une contrainte. À chaque étape de la vie, il y a des défaillances: il faudrait tout remettre à plat.

Union Sociale: Le plan gouvernemental « Ma santé 2022 », qui entend transformer en profondeur le système de santé, répond-il à ces problématiques ?

Olivier Babinet: Il va dans le bon sens pour les déserts médicaux géogra-



© Michel Le Moine

« Il est plus simple pour l'État, les collectivités territoriales et les établissements de santé, d'aborder le problème des déserts médicaux sous l'angle géographique. »

phiques, avec la mise en place de plusieurs mesures prometteuses qui s'articulent autour de trois axes majeurs. Il y a d'abord l'amélioration de la démographie médicale. La fin du *numerus clausus* et l'augmentation du recrutement étudiant, devraient permettre d'accroître de 20 % le nombre de médecins. C'est une bonne chose, mais il faudra dix ans pour les former et ce nombre risque d'être insuffisant au regard des besoins liés au baby-boom et à la hausse des maladies chroniques. D'autant qu'il est peu probable que ces nouveaux médecins s'installent dans les zones sous-denses, même si une loi récente, rendant obligatoires les stages d'au moins six mois en ambulatoire pour les étudiants de 3^e cycle dans ces territoires, pourrait leur donner envie d'y revenir. Le deuxième axe du plan est l'optimisation du temps médical, avec l'accent mis sur la délégation de compétences: l'idée est que les médecins ou spécialistes ne perdent plus de temps à des tâches autres que leur cœur de métier. On a de beaux exemples de réussite de ce principe avec les ophtalmologues et les orthoptistes: en quelques années, on commence à retrouver des délais de rendez-vous acceptables. ▶

Qui sont-ils ?

Olivier Babinet est expert en transformation des organisations sanitaires et en e-santé. Directeur de la santé du Conseil départemental des Yvelines, il a dirigé et conseillé hôpitaux, cliniques, services d'hospitalisation à domicile et centres de santé. **Corinne Isnard Bagnis** est praticien hospitalier en néphrologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et professeur de néphrologie à Sorbonne Université. Elle a créé le 1^{er} MOOC européen sur les maladies rénales.



© Michel Le Moine

« La crise sanitaire a entraîné une augmentation brutale en besoins

médicaux, à laquelle on n'a pas toujours su répondre. »

▷ Il faut le généraliser aux médecins généralistes et aux professionnels de santé paramédicaux. Le dernier axe concerne le maillage de l'offre, avec le retour d'hôpitaux de proximité et l'arrivée de Communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS) conçues pour mettre en réseau les professionnels de santé et structurer une offre coordonnée de soins de proximité. N'oublions pas enfin, l'appui essentiel des collectivités au déploiement de ce plan national.

Corinne Isnard Bagnis : Il faut aussi que les professionnels de santé s'emparent de ces outils et de ces nouvelles manières d'exercer. Pour certains, il est encore difficile de déléguer une partie de leurs prises en charge, à des infirmières par exemple, alors même que cela leur permettrait de se concentrer sur leur cœur de métier. Les médecins ont peur d'être dépossédés de leur expertise ! Pourtant, ce système de délégation de compétences fait régulièrement ses preuves...

Union Sociale : En pleine campagne vaccinale suite à la crise sanitaire, que nous dit la situation actuelle sur ces déserts médicaux ?

Olivier Babinet : La crise que l'on vit a provoqué ou mis en lumière, des situations qui correspondent à notre définition des déserts médicaux, à cette inadéquation entre le besoin en santé et l'offre de soins. Durant les

confinements, des malades ont renoncé à se faire soigner pour des pathologies hors Covid-19. On a constaté une chute de 44 % des consultations de médecine générale et de 71 % chez les spécialistes libéraux. Cela a eu pour conséquence une sur-mortalité des patients atteints de cancer, une mauvaise prise en charge des maladies cardiovasculaires, des diagnostics de diabète retardés, des enfants handicapés non pris en charge... De nombreux Français n'ont pas eu accès à un suivi de santé adéquat !

Corinne Isnard Bagnis : La crise sanitaire a entraîné une augmentation brutale en besoins médicaux, à laquelle on n'a pas toujours su répondre. Même si les crises de cette ampleur sont rares, c'est angoissant qu'un pays comme le nôtre ne puisse pas répondre à cette question si aiguë... Comment anticiper cela ? Nous devons faire en sorte que le besoin et l'offre de santé se correspondent et que notre système de santé soit plus adaptable. Intégrer cette situation de crise aiguë à notre réflexion sur les déserts médicaux peut permettre d'analyser l'agilité qui s'est mise en place partout en France durant la période dans le milieu médical et d'en tirer les leçons pour maintenir le niveau de soins. Comme cela se fait dans le domaine technologique, on devrait peut-être se préparer à redéployer les moyens de santé rapidement dans des zones différentes en fonction des besoins à l'instant T.

Union Sociale : Justement, l'un de vos chapitres évoque la télésanté. Est-elle pour vous une réponse appropriée à la question des déserts médicaux, en particulier en période de crise sanitaire ?

Olivier Babinet : C'est une solution pour les déserts médicaux et pour plein de situations ! Depuis que les téléconsultations sont remboursées, leur nombre est passé de 60 000 en

2019 à 19 millions en 2020. Ce système marche encore très relativement dans les déserts médicaux géographiques. En fait, cela ne résout pas la problématique de fond : pour s'inscrire dans le parcours de soins coordonné, les médecins traitants peuvent alterner consultations en présentiel et téléconsultations avec leurs patients, mais n'ont pas pour autant plus de temps pour prendre de nouveaux patients. La solution qui se développe est la téléconsultation pour les patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible dans le délai compatible avec leur état de santé. Dans ce cas, il peut être fait exception au parcours de soins. Mais dans les négociations en cours avec la CNAM, il semble que le soutien à la télésanté ne sera pas à la hauteur de la dynamique qu'elle a soutenu depuis le début la crise sanitaire.

Corinne Isnard Bagnis : Ces consultations à distance avec des spécialistes sont une vraie avancée, surtout avec la sur-spécialisation de plus en plus grande des médecins. Si l'on peut avoir accès au médecin le plus compétent pour la problématique spécifique à laquelle on est confronté, cela peut limiter l'errance médicale de certains parcours. Télé-expertise ou téléconsultation ouvrent des perspectives pour mieux faire coïncider le besoin avec l'offre en se détachant du facteur géographique, notamment pour les pathologies complexes ou les maladies rares. On a besoin de s'organiser différemment : garder un médecin référent est la meilleure façon de suivre le parcours de soins, mais cela doit être complété par un accès facilité à des soins très spécialisés proposés via la télémédecine.

Propos recueillis
par Juliette Cottin