

# **Au-delà des « déserts médicaux » : quelles logiques territoriales chez les professionnels de soins primaires ?**

Cécile Fournier, Noémie Morize, Julia Legrand,  
Laure Pitti, Vincent Schlegel, Isabelle Bourgeois

## Contexte : un virage « ambulatoire »... et « territorial »

Face aux « déserts médicaux » : un mouvement de structuration de l'offre de soins primaires, et la recherche d'un ancrage territorial pour organiser l'offre.

Parmi ces réformes :

- un soutien à l'exercice regroupé pluriprofessionnel : MSP et CDS
- un encouragement à la coordination/coopération, via un millefeuille d'instruments d'action publique mobilisant inégalement la notion de territoire :  
**CPTS, expérimentations article 51 (dont Peps, Ipep, et Secpa),**

→ des réformes incitatives, peu contraignantes pour la médecine libérale dans un contexte ambivalent de transformation des soins primaires

## Questions posées

*« Territorialisation » : « tendance à une définition plus localisée des problèmes publics et des moyens de [leur] prise en charge » (AF Taiclet 2011)*

Comment les professionnels de santé de ville (en MSP et CDS) appréhendent-ils le territoire où ils exercent, en lien ou non avec les instruments d'action publique visant à y structurer l'offre de soins ou de santé ?

→ Quels cadrages du territoire ?

→ Quelles congruences et décalages entre les objectifs portés par les professionnels, et par les instruments ?

Quelles réceptions et appropriations locales des efforts de territorialisation ?

→ Quels effets de la territorialisation ? A quelles conditions ?

## Méthode : une étude sociologique qualitative multi-située

un collectif de chercheuses et chercheur engagés dans le programme Era2  
(Evaluation des rémunérations alternatives à l'acte), financé par la Cnam

Pas de conflits d'intérêt

En 2019-2023

Entretiens et observations auprès de membres des équipes de :

- pilotage des expérimentations Peps et Ipep (Ministère et Assurance maladie)
- 5 maisons de santé (MSP)
- 1 centre municipal de santé (CMS), 3 centres de santé communautaire (CDSco)

situés dans différents types de territoires, et à différentes échelles territoriales

→ Monographies puis analyse comparative transversale

# 1. Quels cadrages ? Trois logiques de mobilisation du territoire, qui dépassent en partie les types de groupements

Rapport au territoire	Rapport aux soins primaires	Enjeu principal de l'organisation territoriale des soins
Par <b>ses professionnels</b> (réseaux formels ou informels)	La coordination des soins	La fluidité des parcours de soins
Par <b>son offre de soins</b>	L'exercice regroupé/intégré des professionnels de santé	La lutte contre les déserts médicaux
Par <b>sa population</b> , sa santé et ses caractéristiques sociales	Une vision extensive de la santé	La lutte contre les inégalités sociales de santé

## 1.1. Le territoire par ses réseaux formels ou informels et la coordination des soins, pour améliorer les parcours des patients

Réseau d'interconnaissance, territoire vécu par les professionnels

Vision pouvant être congruente (ou non) avec celle portée par des instruments d'action publique introduits progressivement (CPTS) , selon les circonstances

« *Six mois de centre de vaccination (...) Et puis bon tu avais tout le stress de bah il faut qu'on assure (...) il y a une responsabilité, nous **on a pris en pleine face la responsabilité populationnelle. (...) Ça nous a permis de rencontrer plein de monde, la CPTS, ça lui a permis de gagner en légitimité (...) auprès des professionnels de santé.*** » (Coordinateur, MSP, 2021).



## 1.2. Le territoire par son offre de soins, pour lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accès aux soins

Une responsabilité que se donnent certains médecins dans l'organisation collective de l'offre de soins menacée par la baisse de la démographie médicale  
Parfois concordance entre « les critères imposés » par les instruments d'action publique et « une réalité du territoire ».

*« Je leur ai dit : « (...) **il faut que vous sortiez de votre cabinet et vous impliquer dans des thématiques, dans les politiques de santé de votre territoire, que ce soit sur l'accès aux soins, sur les soins non programmés, sur les parcours de soins en ville hôpital, sur la prévention, etc.** » Et en fait, là, **c'est le projet de santé de la CPTS. (... il faut) que les professionnels de santé changent de paradigme (...)** c'est fondamental, de permettre à **ne pas arriver à cette rupture où à un moment donné, l'accès aux soins ne sera plus possible** » (MG, MSP, 2021)*

## 1.3. Le territoire par sa population, et la promotion d'une vision extensive de la santé pour lutter contre les inégalités de santé

Un enjeu partagé par les CDSCO, mais aussi CMS et MSP (plus marginal)

« *La CPAM avait un gros **problème avec notre dispositif en disant que ce n'était pas assez sanitaire. (...) On faisait du social! On leur a dit "on fait du développement des compétences psychosociales, c'est de la prévention, c'est du sanitaire. Oui les critères d'entrée peuvent être sociaux, mais en parce qu'y a un besoin particulier pour ces populations et il y a des solutions à adapter". (...) Il faut rajouter à ça que la CPTS, c'est censé être une structure de coordination de la santé en général, qui intègre le social*** » (Coordinateur, MSP, 2021).

Seuls certains instruments d'action public (Secpa, parfois CPTS) prennent en compte l'enjeu des ISS



## 2. Que fait la territorialisation de la santé publique aux professionnels de santé exerçant en soins primaires ?

- Quelle réception et appropriation locale des instruments d'action publique ?
- Comment et à quelles conditions les acteurs se saisissent-ils de la notion de territoire et de ces instruments ?

## 2.1. Des rapports au territoire qui dépendent des socialisations professionnelles (le territoire pensé avant le déploiement des instruments)

Parmi les défenseurs d'une médecine sociale, populationnelle, territoriale :

- des médecins et coordinatrices ayant exercé en CMS et CDSCO, ou dans un quartier touché par la pauvreté, ou ayant une expérience dans l'humanitaire, une trajectoire militante, une formation en sciences sociales ([Mariette et Pitti, 2021](#))
- en CMS : histoire de l'intégration d'enjeux de « médecine des pauvres » (dispensaires), mais aussi d'enjeux étatiques de « maillage territorial » relayés par les municipalités, et une défense de l'accès aux soins (liens avec l'hôpital)
- En CDSCO : enjeu de démocratie sanitaire / diagnostic communautaire à l'échelle d'un quartier

## 2.2. En l'absence d'expérience socialisatrice au territoire, le dépassement difficile d'une logique « patientèle » et « territoire vécu »

*« les médecins ils ne savent pas ce que c'est un territoire. Ils savent ce que c'est une patientèle. (...). Le territoire, pour eux, c'est un truc de politique. » (MG, MSP, 2022)*

Avec les CPTS : un effet paradoxal parfois de recentrement sur la MSP, et des craintes à l'égard d'un dispositif vécu comme imposé, à une échelle territoriale trop vaste, où il est difficile de construire des relations de confiance

*« Le maillage sur le territoire, cela a toujours été notre rêve. Et je pense que c'est intéressant. J'ai un petit peu de mal, personnellement, avec la CPTS parce que je ne comprends pas le maillage. (...) **La CPTS, c'est quelque chose qui est beaucoup plus grand et imposé, finalement. Et donc du coup, j'ai une crainte de quelque chose qui soit déconnecté, finalement, du sol, du territoire** (MG, MSP, 2022).*

## 2.3. Des transformations (et une acculturation) qui ne concernent pas seulement le rapport au territoire...

... mais plus largement le fait :

- d'envisager la pérennisation de relations avec d'autres groupes professionnels
- de sortir du cabinet pour aller à la rencontre de la population
- et de s'acculturer au travail institutionnel (souvent confié à quelques professionnels)

*« ça va être quand même compliqué, parce que c'est quand même une vision, lorsqu'on n'a pas été acculturé à la question du travail en pluri-professionnel, le fait de travailler avec des institutions, le fait de travailler sur le territoire : lorsqu'on n'a pas été acculturé, ça, ça prend du temps. C'est difficile de faire le grand écart, de passer de sa vision avec une rationalité limitée qui vaut ce qu'elle vaut, à une rationalité élargie. » (MG, MSP, 2022)*

## Principaux enseignements

Trois façons d'envisager le territoire pour les professionnels,  
susceptibles de s'articuler

Des logiques qui s'accordent plus ou moins avec la manière dont le territoire  
est conçu par les pouvoirs publics dans les instruments disponibles

Des rapports au territoire déterminés par la propension des médecins à envisager  
(ou non) leur activité médicale en lien avec l'espace social où ils exercent

Un effet socialisateur du territoire pour les médecins (+ en quartier populaire)

Des instruments d'action publique pouvant :

- soit s'intégrer à une conception de la médecine ancrée dans le territoire (espace géographique) qui leur est antérieure
- soit initier chez les médecins une réflexion sur la dimension territoriale des soins

→ Des marges de manœuvre importantes à l'échelle locale dans les applications  
concrètes des appels à projets nationaux

→ Des positionnements politiques à prendre en compte, dans des  
environnements concurrentiels

Merci pour votre attention !