

## Les déserts médicaux

Par **Matthieu Frélaud**, *Directeur de la CPAM de l'Orne*



Diplômé de l'EN3S, **Matthieu Frélaud** a occupé différents postes à la CPAM de la Marne avant de devenir Directeur de la CPAM de l'Orne.

La question des déserts médicaux et son impact sur l'accès aux soins de la population sont aujourd'hui au centre du débat public. Il s'agit d'abord d'un révélateur des difficultés d'accès aux soins liées aux évolutions de la répartition territoriale des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes de premier recours. C'est également devenu progressivement un concept opérationnel, cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, État et Assurance Maladie). Enfin, c'est aujourd'hui une réalité perçue par les patients en recherche d'un médecin traitant et ayant des difficultés nouvelles d'accès aux soins. La situation du département de l'ORNE, département rural et vaste est symptomatique de ces difficultés, comme en témoigne la récente mise en œuvre de la PFIDASS.

Il s'agit d'un terme médiatique et galvaudé pour rendre compte d'une partie des difficultés d'accès aux soins de la population.

L'existence de « déserts médicaux » liés essentiellement à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé appelle deux remarques liminaires<sup>1</sup>.

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 (soins de 1<sup>er</sup> recours, soins de spécialistes en accès direct ou en accès spécifique dit de 2<sup>nd</sup> recours).

C'est pourquoi, nous nous concentrerons sur la question de l'accès, dans sa dimension territoriale, à la médecine de 1<sup>er</sup> recours, c'est-à-dire l'accès à un médecin généraliste, laissant de côté le recours aux spécialistes, pour lesquels la problématique est encore plus marquée. De même, nous serons amenés à substituer au terme « désert médical » celui de zones fragiles ou sous dotées dès lors que nous ferons référence à des critères de définition établis.

<sup>1</sup> Pour une définition méthodologique des concepts d'accès aux soins et de déserts médicaux et de leurs interactions, voir Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *Les Dossiers de la DREES*, mai 2017.



## I- Un enjeu fort de la démographie médicale : l'inégale répartition de l'offre médicale et son impact sur l'accès aux soins

### I-1/ Une évolution dynamique de la démographie amplifiant les inégalités territoriales

Le constat est connu et partagé depuis de nombreuses années. Il se résume par un paradoxe apparent : il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé exerçant en France et jamais ils n'ont été aussi inégalement répartis sur le territoire.

En effet, l'évolution globale depuis plus de quarante ans est celle d'une croissance importante supérieure à celle de la population. Cela est vrai pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé et notamment pour les médecins<sup>2</sup>.

Ainsi, la DREES, dans l'article cité, souligne que la France comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2015, plus de 216 700 médecins actifs de moins de 70 ans, ce qui constitue un « maximum historique ». Pour autant, compte tenu de la politique passée de gestion du *numerus clausus*, à l'entrée de la deuxième année de la faculté de médecine, les effectifs de médecins ont amorcé une baisse qui perdurera jusqu'en 2025 avant de remonter progressivement.

À titre d'éclairage, ce constat de dynamisme est également valable pour les autres catégories de professionnels de santé. Le phénomène est amplifié si on regarde l'évolution du nombre d'infirmiers (salariés et libéraux), ceux-ci ont progressé en moyenne de plus de 4 % par an entre 2000 et 2015. Ce constat est également valable pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont le nombre a augmenté en moyenne de plus de 3 % par an sur la même période.

Pour mémoire, la croissance annuelle de la population française était en moyenne de 0,7 % sur cette même période.

Ces évolutions semblent plutôt favorables sur le long terme en matière d'accès aux soins mais elles sont contrebalancées par une accentuation des écarts entre territoires. **Cet accroissement des disparités est d'autant plus fort que la maille territoriale analysée est fine.**

Par exemple, pour les médecins généralistes, si les écarts de densité vont de 1 à 1.4 entre régions métropolitaines, ils passent de 1 à 2 entre départements<sup>3</sup>. Ces écarts sont encore plus impressionnants si on regarde les autres professions paramédicales. A titre d'exemple, la densité libérale de sages-femmes libérales par femme de 15 à 49 ans varie de 19/100 000 (Orne) à 89/100 000 (La Réunion) soit un rapport de 1 à 4.

**Cette inégalité territoriale s'accroît dans la durée.** Ainsi, le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé sur dix ans (2007/2017) les variations des effectifs

2 « Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats n°101*, Drees, mai 2017.

3 Atlas de la démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2017, conseil national de l'Ordre des médecins

en activité totale des médecins généralistes (y compris les remplaçants et les temporaires). Le constat est éloquent. Il met en évidence deux France :

- ▀ Une France dont la population médicale croît, incluant essentiellement tous les départements de la façade atlantique sans exception, une large majorité de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de façon géographiquement isolée, quelques départements Hospitalo-universitaires (Nord, Somme, Haute-Garonne, Doubs, Hérault, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Vienne) ;
- ▀ Une France qui perd ses médecins, représentée largement par une diagonale de l'intérieur du territoire, du Nord-Est au Sud-Ouest de l'hexagone.

Les dynamiques démographiques accentuent ainsi les fractures territoriales en concentrant de plus en plus les professionnels de santé vers les zones attractives. Cette évolution globale est d'autant plus préoccupante qu'elle ne correspond pas aux évolutions de la démographie générale. Ce qui aggrave également les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

## **I-2/ Une évolution de la population médicale largement dé-corrélée de l'évolution de la population générale**

En matière d'accès, l'analyse de l'évolution de la démographie médicale doit également être corrélée avec les évolutions de la population générale. Ce regard croisé permet de dessiner ainsi une carte encore plus fine des zones de fragilités.

Le constat est celui d'une dé-corrélation grandissante. Concrètement, on constate une déperdition de la médecine de premier recours non corrélée aux variations de la population générale sur la plupart des territoires.

De fait, cette situation inquiète car elle concerne également des zones où la population croît alors même que la population médicale décline. La désertification médicale ne concerne pas seulement des zones rurales, avec une décroissance démographique significative mais également des zones plus dynamiques, notamment des zones urbaines (la région parisienne par exemple).

Au niveau infra départemental, quelle que soit la maille retenue, ce sont bien des centaines voire des milliers de zone de fragilité qui existent ainsi et révèlent concrètement des problématiques d'accès aux soins.

## **I-3/ Un exemple symptomatique : la situation de l'Orne**

L'exemple ornais est assez probant. L'Orne est un département rural et vaste dont la densité de médecins généralistes en activité régulière est une des plus faibles de France, 67,9 pour 100 000 habitants contre 80,4 en moyenne nationale.

Une analyse fine montre que les zones les plus fragiles ne sont pas forcément les zones rurales les plus isolées. Au-delà des zones identifiées et cumulant baisse de la démographie médicale et baisse de la population générale, apparaissent de nouvelles zones sous tensions (région d'Alençon par exemple).



En effet, le département se trouve confronté aux départs en retraite important de médecins ornaïsiens installés à la fin des années 70, début des années 80 non remplacés. Le vieillissement de l'âge des médecins est préoccupant : **27 % des médecins ont plus de 65 ans et 51 % plus de 60 ans**. Le maillage territoriale de la médecine générale se détricote et de gros trous peuvent apparaître quasiment du jour au lendemain, sous le coup d'un départ en retraite précipité, voire même d'un décès, mettant sous tension une zone jusque-là relativement protégée.

Les raisons de ce non renouvellement sont connues. Elles sont liées à la fin d'un modèle d'exercice libéral solitaire, qui prédominait jusqu'à lors dans les campagnes notamment. Cette désaffection s'explique aussi par la féminisation de la profession et la volonté générationnelle d'une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle. À cela s'ajoute, pour l'Orne, la difficulté supplémentaire pour le conjoint (non médecin) de trouver un emploi dans un département économiquement peu attractif.

Face à ces constats, les pouvoirs publics (État, collectivités et Assurance maladie) ont progressivement mis en œuvre des politiques visant à corriger ces inégalités, en s'appuyant sur une définition de plus en plus affinée et opérationnelle de ce qu'est un « désert médical ».

## II- Un cadre récent d'actions des différentes politiques publiques

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, avec des domaines de compétences variables, sont intervenus de façon sporadique et peu coordonnée, pour aboutir aujourd'hui à la mise en œuvre de stratégies plus cohérentes mais toujours fondées sur des outils incitatifs et non coercitifs<sup>4</sup>.

Pour agir, ces politiques se sont inscrites dans un cadre territorial, via l'émergence progressive d'une définition partagée et admise de ce qu'est une zone sous dotée.

### II-1/ La définition de zones sous dotées comme critère d'intervention

Les premiers travaux de définition d'un zonage de l'offre de soins sont apparus au début des années 2000, portés d'un côté par l'Assurance Maladie et de l'autre par les Missions Régionales de Santé<sup>5</sup>, et ont abouti à la définition de zones éligibles aux dispositifs d'aide à l'installation (voir *infra*). Ces zonages régionaux ont été depuis lors plusieurs fois actualisés et ont fait l'objet d'une harmonisation progressive des méthodes.

4 Pour une synthèse des actions mises en œuvre, voir « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », Rapport d'information de MM. Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 686 (2016-2017) – 26 juillet 2017.

5 Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004 relatives à l'Assurance Maladie, étaient constituées par les URCAM et les ARH et avaient entre autre pour mission de travailler sur la répartition des professionnels de santé.

L'indicateur aujourd'hui communément admis est l'**Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)**<sup>6</sup>, qui fait l'objet d'un large consensus.

Il a été développé en 2012 par la DREES et l'IRDES. Il est aujourd'hui reconnu et utilisé par l'ensemble des ARS pour l'actualisation des nouveaux zonages des zones fragiles<sup>7</sup>.

Cet indicateur permet de tenir compte de la **proximité des médecins** (plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible) et de **leur disponibilité** (nombre de consultations/visites que peuvent offrir les médecins accessibles). Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale.

Au final, il permet de caractériser des zones sous denses, en fonction du seuil retenu d'accessibilité.

Ce dernier est de 2,5 consultations par an et par habitant. Est donc considérée comme une commune sous dense, celle dont les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations (et visites) par an, sachant que l'accessibilité moyenne observée pour les médecins libéraux en 2015 est de 4,11 consultations.

Ainsi, 8 % de la population a une accessibilité aux médecins généralistes inférieurs à 2,5 consultations par an et par habitant.

Dans le cadre des zonages régionaux, c'est le territoire de vie (agrégat de communes) 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 fragiles (inférieurs à la moyenne) dont la dynamique est potentiellement défavorable à l'avenir. **Au total, les nouvelles zones d'intervention prioritaire ou zones sous dotées, ne représentent pas plus de 18 % du total de la population.**

Si aujourd'hui, chacun reconnaît le caractère plus affiné de cette approche, le risque d'exclusion de certains territoires est avéré, d'autant que cet indicateur ne prend pas en compte les différences de niveau socio-économiques des populations. Ainsi bon nombre de zones urbaines et populaires ne relèvent pas de ce zonage, parce qu'elles dépendent de territoires plus vastes jugés non prioritaires, alors qu'elles concentrent des inégalités sociales impactant l'accès aux soins.

## **II-2/ Des politiques incitatives pour renforcer l'attractivité des territoires fragilisés**

Les premiers acteurs à avoir tenté d'infléchir ce recul de la démographie médicale sont les acteurs de terrain : élus locaux, maires de communes rurales touchées par le départ en retraite d'un ou plusieurs médecins. Il s'agit alors de répondre aux besoins de soins d'une partie de la population, notamment vieillissante alors même que la santé n'est pas une compétence communale obligatoire.

La palette des actions lancées est à la mesure des difficultés rencontrées. De la mise à disposition de logements, à l'appel aux cabinets « chasseurs de tête » spécialisés en recrutement à

6 Pour une présentation synthétique, voir Noémie Vergier et Hélène Chaput, « déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer », *les Dossiers de la Drees*, mai 2017.

7 Décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, complété par l'arrêté du 13 novembre 2017, qui décrit la méthodologie d'élaboration de cet indicateur.



prix d'or de médecins, en passant par la création de « maisons médicales », tout a été tenté avec des résultats inégaux, voire décevants.

La loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux a cependant permis de donner un cadre structuré aux interventions des collectivités territoriales<sup>8</sup> dans le cadre des territoires sous dotés. En effet, elle formalise la possibilité d'attribuer des aides en faveur de l'installation ou du maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Elle permet en outre le financement par les collectivités territoriales d'investissements immobiliers destinés à l'installation des professionnels de santé. De même, cette loi permet également d'octroyer des indemnités (logement, déplacement) afin d'attirer des étudiants en médecine générale à exercer.

Comme le souligne le rapport sénatorial<sup>9</sup>, « *aucun recensement exhaustifs de ces initiatives n'a pu être fourni... par le ministère en charge de la santé* ». La limite de ces dispositifs est là. On a assisté au lancement de nombreuses actions, parfois sans projet médical, non coordonnées et sans modalités d'évaluation précises.

Parallèlement, l'État a tardivement mis en œuvre des politiques volontaristes, au-delà de la simple gestion quantitative des effectifs, via la régulation du *numerus clausus*.

Le premier plan « pacte santé territoire » date seulement de 2012 avec, pour la première fois, un objectif affiché de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, relayé en 2015 par un deuxième pacte.

Ce premier pacte prévoyait un certain nombre d'aides, toutes incitatives, en zones sous denses comme par exemple, le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), garantissant une rémunération mensuelle en contrepartie d'une installation en zone sous dense ou le contrat d'engagement de service public (CESP) permettant à un étudiant en médecine de bénéficier d'un revenu garanti en contrepartie d'une installation future en zone sous dense.

Il a été prolongé et amplifié par le nouveau plan « accès aux soins dans les territoires » lancé par la ministre de la santé, Agnès Buzyn, en octobre 2017<sup>10</sup>.

De l'avis général, il s'agit plus d'une boîte à outils partant d'un double postulat : d'une part, les mesures coercitives ne sont pas la solution et d'autre part, ce sont les acteurs de terrain les mieux à même de construire des projets pour répondre au défi de l'accès aux soins dans les territoires concernés.

### **II-3/ La régulation conventionnelle au milieu du gué**

L'Assurance maladie, à partir du milieu des années 2000, a intégré dans le cadre de la négociation conventionnelle, un certain nombre de dispositifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé, via le conventionnement sélectif dans les

8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux (art. L. 1511-8 code général des collectivités territoriales).

9 J. Cardoux et Y. Daudigny, op. cit.

10 Pour une présentation générale, voir le dossier sur le site du ministère de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr>.

zones sur dotées et des leviers incitatifs (contrat d'engagement en échange d'aides financières).

Concernant les médecins, le volet incitatif a été jusqu'à aujourd'hui privilégié. La convention médicale de 2016 propose ainsi quatre types de contrats, pour attirer et fidéliser les professionnels dans les zones considérées comme sous dotées<sup>11</sup>. *A contrario*, pour la profession des infirmières, un dispositif de conventionnement sélectif a été mis en œuvre<sup>12</sup>. Il permet de conditionner une nouvelle installation dans les zones considérées comme très sur-dotées, au départ. De même, l'avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes intègre que le conventionnement ne pourra être accordé dans une zone sur dotée que si un autre masseur-kinésithérapeute a préalablement mis fin à son activité dans cette même zone<sup>13</sup>

Il faudra établir dans les années à venir, un bilan de la mise en place de ces nouveaux contrats, sachant que le volet financier n'est pas aujourd'hui, de l'avis des professionnels eux-mêmes, l'élément décisif dans une installation même s'il reste non négligeable cependant.

## II-4/ Une efficacité questionnée

Le débat sur l'efficacité de ces mesures est vif. Pour la Cour des Comptes<sup>14</sup>, le constat est sans appel : ces « *mesures sont inefficaces* », intégrant dans ce constat également les diverses aides versées par l'État et cumulables avec celles de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales. Elle critique à la fois le faible nombre d'installations induites en zone fragile mais également le coût économique des mesures, pointant ainsi l'absence d'évaluation de l'efficacité et du rapport coût/avantage qui en résulte.

Ce constat mérite cependant d'être nuancé. En effet, les dispositifs de régulation démographiques ont produit des résultats, certes encore limités mais réels<sup>15</sup>. Si le rythme est lent, il prouve cependant que c'est un levier utilisable, accepté par les professions concernées. Si la situation démographique n'évolue pas dans les prochaines années et que la pression sociale et politique augmente, un cadre conventionnel de régulation plus sélectif des installations serait sûrement préférable à un règlement étatique coercitif....

## III- Une réalité perçue par les populations qui éprouvent des difficultés à obtenir un médecin traitant dans l'Orne

La densité médicale ornaise est une des plus faibles de France (voir *supra*). Elle se caractérise par un vieillissement de la population des médecins, qui ne trouvent pas de remplaçant. Il y a 180 médecins généralistes libéraux de 1<sup>er</sup> recours installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018, contre 195 deux ans plus tôt. Cette érosion est partiellement compensée par l'installation importante de praticiens d'origine étrangère (notamment espagnole), qui cherchent dans la campagne ornaise une qualité de vie et de travail améliorée.

11 Il s'agit des contrats d'aides à l'installation, de stabilisation et de coordination, de transition et de solidarité territoriale. Ce sont des contrats tripartites signés entre le médecin, la CPAM et l'ARS.

12 Avenants 1 et 3 à la convention des infirmiers libéraux, septembre 2008 et septembre 2011.

13 Avenant 5 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, février 2018.

14 Cour des Comptes, « vingt ans de recomposition de l'offre territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015.

15 Dans ce même rapport, la Cour recense 8 773 adhérents à des contrats incitatifs à fin 2015



Mais la situation de la démographie médicale n'est qu'une composante d'une problématique plus large propre à de nombreux territoires ruraux, à l'écart des grands pôles urbains, en manque d'attractivité économique et démographique. Sur le plan purement sanitaire, l'offre hospitalière est également mal en point, victime d'un déficit de recrutement en praticiens et d'un phénomène de fuite important vers des pôles régionaux (Caen) ou extra régionaux (Le Mans).

De fait, la question de l'accès à des soins de proximité et de qualité prend aujourd'hui une place de plus en plus grande dans le débat public local, suscitant divers projets et initiatives portés par les collectivités territoriales et les médecins restants concernés.

Dans ce cadre, la question de la démographie médicale impacte directement l'activité de la CPAM, au travers de l'accès aux soins et interroge sur la pratique et les responsabilités d'un organisme de protection sociale confronté à une problématique (l'accès aux soins) dont une des causes (la démographie médicale) ne ressort pas de sa compétence *a priori*.

En effet, historiquement, la question de la démographie médicale est portée à travers le prisme conventionnelle de la promotion des contrats incitatifs en zone sous dotée (voir *supra*). Dès lors que l'on se retrouve en dehors de ces zones sous dotées, l'action de l'Assurance maladie est assez limitée.

Pour autant, les difficultés dans l'accès aux soins dépassent le cadre du zonage territorial. La CPAM est aujourd'hui confrontée à cette réalité à travers la question de l'accès au médecin traitant.

### **III-1/ L'accès au médecin traitant : un enjeu crucial**

Conçu dans le cadre du parcours de soins instauré par la loi de 2004, le concept de médecin traitant, comme pivot du système de soins a pendant longtemps été une construction médico administrative sans impact directe sur la vie quotidienne des assurés.

Il a permis de formaliser le parcours de soins, en prévoyant (à la marge) des pénalités en cas de non-respect. Il a surtout été un moyen, pour les partenaires conventionnels d'asseoir une évolution des modes de rémunération des médecins, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Mais aujourd'hui avec les tensions liées à la démographie médicale qui apparaissent, l'accès au médecin traitant devient crucial.

Ce sont les conciliateurs des CPAM, qui sont saisis, dans le cadre conventionnel, des difficultés à trouver un médecin traitant ou à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin correspondant. Ce rôle a été confirmé par la convention médicale de 2016 en lien avec les Conseils de l'Ordre.

Les chiffres nationaux de saisines sur ce motif ont triplé entre 2014 et 2016<sup>16</sup>. Dans l'Orne, les saisines sur ce sujet ont été multipliées par deux entre 2016 et 2017. Le nombre de saisines sur le 1<sup>er</sup> trimestre laisse présager une augmentation encore

<sup>16</sup> Assurance Maladie, Rapport d'activité Conciliation 2016, 2017.

plus importante pour 2018. Encore, faut-il connaître le dispositif, ce qui par définition mésestime l'ampleur du phénomène.

Afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur, il est intéressant de regarder plus particulièrement les assurés qui avaient déclaré un médecin traitant mais qui aujourd'hui n'est plus en activité, pour la très grande majorité parce qu'il est parti en retraite. 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, le choix de déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire.

Dans l'Orne, le nombre d'assurés sans médecin traitant est d'environ 13,1 %, soit près de 22 000 personnes pour le régime général. Mais il y a aujourd'hui plus de personnes qui avaient un médecin traitant, n'exerçant plus que ceux qui n'en ont pas par choix (6,9 % contre 6,2 %), soit plus de 11 500 personnes pour le seul régime général. Cette évolution est sensible et traduit une situation, dans certaines zones, de plus en plus difficile à vivre pour les assurés.

Elle se matérialise par une difficulté d'accès à un médecin, voire des refus de prise de rendez-vous non par refus de soins mais par saturation des praticiens restants. Dès lors, l'absence de médecin traitant devient bien un critère d'exclusion des soins.

La mise en œuvre de la PFIDASS dans l'ORNE a d'ailleurs été un révélateur de ces difficultés.

### **III-2/ La PFIDASS : un outil essentiel de diagnostic et d'accompagnement**

La CPAM de l'ORNE a été retenue pour faire partie de la 1<sup>ère</sup> vague de généralisation du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins, via la Plate-Forme d'Intervention Départementale en matière d'Accès aux Soins et à la Santé.

L'autodiagnostic préalable mené dans les accueils de la CPAM et chez les partenaires (service médical, service social et centre d'examen de santé) pour quantifier et qualifier le renoncement aux soins a mis en avant un taux brut de renoncement aux soins de 30,6 %<sup>17</sup>.

Ce chiffre, parmi les plus élevés des 21 caisses ayant participé à la première vague, synthétise de façon générale la problématique des difficultés d'accès aux soins. Si on regarde, de façon plus détaillée les différentes causes de renoncement aux soins évoqués par les assurés sociaux, on remarque qu'au-delà de la question financière centrale (importance du reste à charge et de l'avance de frais), ce sont bien des causes en lien direct avec la démographie médicale locale qui apparaissent. La question des délais pour obtenir un rendez-vous est citée dans 27 % des cas (plus de dix points au-dessus de la moyenne nationale). De même, la question de l'éloignement géographique est citée dans 10,5 % des cas, soit deux fois plus que la moyenne nationale.

La question de la recherche d'un médecin traitant, pour une partie de la population (personnes âgées, personnes atteintes de maladie chronique) devient ainsi peu à peu centrale dans les politiques d'accès aux soins.

Ce contexte doit inciter les CPAM, dans une logique partenariale, à travailler sur la question de la démographie médicale, en utilisant à la fois les statistiques issues de leur système d'information, les besoins connus et remontés des assurés sociaux, notamment via la PFIDASS en voie

<sup>17</sup> En réponse à la question : « avez-vous eu un ou plusieurs renoncements aux soins dans les six mois passés ? »



de généralisation actuellement ainsi que les liens tissés avec les acteurs de terrain, professionnels de santé, associations et collectivités.

Les nouvelles opportunités offertes par le fond innovation, créé par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 doivent être saisies également. Il s'agit d'un levier important pour promouvoir des nouveaux modes d'exercices collectifs et apporter une réponse au défi grandissant de l'accès aux soins.