

Les déserts médicaux en question(s)

Olivier Babinet
Corinne Isnard Bagnis

Les déserts médicaux en question(s)

Olivier Babinet
Corinne Isnard Bagnis

2021

Hyg e ÉDITIONS

Débats
Santé
Social

Par de petits essais clairs et synthétiques, sur des sujets complexes, cette collection a pour ambition d'ouvrir le débat autour d'idées fortes et fondamentales, en apportant la vision globale des meilleurs experts.

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS
DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'Éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 2021, Hyg e  ditions, une marque des Presses de l'EHESP, 2 av. Gaston
Berger – CS 41119 – 35011 Rennes Cedex

ISBN : 978-2-8109-0759-5

ISSN : 2680-0829

www.presses.ehesp.fr

*Cet ouvrage est dédié aux patients
qui se perdent parfois dans les déserts médicaux.*

Sommaire

1. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ?	7
2. Les réponses de l'État permettent-elles de repeupler les déserts médicaux géographiques ?	25
3. Déserts médicaux géographiques : les collectivités territoriales ont-elles trouvé la martingale ? .	43
4. Une crise sanitaire peut-elle générer un désert médical ?	53
5. Le manque de prévention et d'éducation à la santé fait-il le lit des déserts médicaux ?	83
6. Le paradoxe de la dépendance : un désert médical en puissance ?	103
7. Le corps malade en santé mentale : un gouffre médical ?	115
8. Les maladies rares, tellement rares qu'elles sont dans un désert ?	123
9. Un méli-mélo d'autres déserts médicaux : y aviez-vous pensé ?	133
10. Et si la télésanté était une réponse aux déserts médicaux ?	147
Liste des sigles	165

1

Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ?

FINI LE TEMPS OÙ CHAQUE VILLAGE AVAIT SON MÉDECIN... Les « médecins de famille », disponibles à toute heure, de jour comme de nuit, pour répondre aux demandes impromptues de leur patientèle sont de plus en plus rares. L'*ethos* traditionnel, associé à cette notion de « disponibilité permanente » des praticiens à l'égard de leurs patients, est en voie d'extinction. Cette représentation appartient donc au passé et ne peut plus être érigée en modèle de référence. Pour autant, cette transformation fondamentale du mode d'activité des médecins n'a pas été anticipée.

Certains territoires, aussi bien urbains que ruraux, sont aujourd'hui touchés par une offre médicale insuffisante au regard des besoins de la population, un phénomène souvent désigné par le terme de « désert médical », même s'il est plus exact de parler de territoire « sous-dense en médecins ». Progressivement, la question de l'accès aux soins s'est imposée, tout autant que l'absence d'adéquation entre les besoins géographiques et l'offre de soins disponible ayant mené petit à petit au développement de quelques déserts...

Le désert médical géographique s'étend

Faute de médecins, et plus largement de professionnels de santé, le « désert médical » n'en finit pas de s'étendre avec plus de 11 300 communes concernées, soit une commune sur trois¹. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernaient près de 6 % de la population, soit environ 3,8 millions de Français². Cette proportion continuera d'augmenter avec la raréfaction actuelle de l'offre de soins médicaux qui devrait perdurer au moins une dizaine d'années.

Les régions les plus touchées en France métropolitaine

Dans l'Hexagone, la région la plus touchée est l'Île-de-France, où 14,6 % de la population régionale, soit environ 1,8 million de personnes, vivent dans une zone sous-dense en offre médicale.

L'Île-de-France, « premier désert médical de France »

Dans la région la plus riche et la plus peuplée du pays, de nombreuses communes manquent de médecins. En moins de dix ans, l'Île-de-France est devenue le « premier désert médical de France », en perdant 19 % de ses médecins généralistes*. La région est également frappée par une baisse significative du nombre de spécialistes libéraux. Quand on sait que 48 % des médecins libéraux franciliens ont plus de 60 ans, les choses ne vont pas s'arranger à court terme...

* Voir www.soignereniledefrance.org et notamment la cartographie des médecins libéraux.

1. Voir l'étude réalisée par le géographe de la santé Emmanuel Vigneron pour *Le Monde*: « La France des déserts médicaux », *Le Monde*, 30 mars 2017.

2. *Études & Résultats*, n° 1144, février 2020.

État des lieux dans les territoires ultramarins

Les territoires ultramarins affichent eux aussi des chiffres préoccupants.

Mayotte est ainsi le plus grand désert médical français avec une densité de 7 médecins libéraux pour 100 000 habitants, ce qui est vingt fois plus faible que dans l'Hexagone.

Concernant les médecins généralistes libéraux, leur présence dans trois des quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) – la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane – est très inférieure à la moyenne nationale. Ainsi, près de la moitié de la population de la Guyane (44,2 %, soit environ 120 000 personnes) vit dans un désert médical. Cette dégradation de la situation s'explique, en grande partie, par une très forte croissance démographique.

En revanche, la Réunion est bien pourvue, voire mieux que l'Hexagone, concernant les médecins généralistes, mais, comme les autres DROM, elle souffre aussi d'un manque de spécialistes. Ainsi, les quatre collectivités précitées enregistrent les densités de médecins spécialistes les plus faibles des régions françaises.

Par ailleurs, des inégalités persistent à l'intérieur d'un même territoire en raison de son étendue ou de l'isolement, comme en Polynésie française avec ses 138 îles, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Les déserts médicaux géographiques : une notion plus large que la ruralité

Un désert est-il toujours une étendue de terre inhabitée ? Pas sûr. L'expression de « désert médical géographique » ne s'applique pas seulement à certaines zones rurales mais également à des quartiers urbains « sensibles », dits « quartiers prioritaires de la ville » (QPV), où il est parfois impossible d'avoir accès à un médecin pour des raisons que nous analyserons dans ce chapitre.

L'expression de « désert médical », qui désigne un accès très difficile aux soins selon le lieu de résidence des patients, englobe l'ensemble des professionnels de santé et pas seulement les médecins. L'expression est commode, parce qu'elle est simple et percutante, mais ne doit pas laisser penser que seules les professions médicales sont concernées, entendues au sens strict (médecins) ou large (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes). La répartition déséquilibrée des médecins généralistes et des spécialistes de premier recours conditionne effectivement, du fait de leur pouvoir de prescription, l'installation d'autres professionnels comme, par exemple, les infirmiers libéraux. C'est en réalité le parcours de soins dans son intégralité qui est dégradé.

Un indicateur clé : l'accessibilité potentielle localisée (APL)

La définition d'un désert médical repose sur la difficulté d'accès aux soins (distance, délais de rendez-vous...) au regard d'un standard de système de santé. Cette définition n'est pas reproductible, même si elle souligne une partie des critères à prendre en considération. Par ailleurs, une définition basée sur le ressenti des patients est trop subjective et variable dans le temps : un accès aux soins

sera jugé mauvais s'il s'est dégradé par rapport à une situation antérieure.

En conséquence, un score personnalisé a été créé. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) désigne le nombre de consultations par an et par habitant* et permet de rendre compte de l'accessibilité de la population aux médecins généralistes.

L'APL est donc un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville. Il permet de mesurer à la fois la proximité (l'accessibilité d'un médecin est postulée décroissante avec la distance) et la disponibilité des professionnels de santé. Une APL inférieure à 2,5 indique une zone où l'offre de soins est insuffisante, tandis qu'une APL supérieure à 4 caractérise une zone bien dotée en offre de soins.

Ainsi, en 2018, les Français ont eu accès, en moyenne, à 3,93 consultations par an par habitant (C/an/hab.) chez un médecin généraliste, libéral ou salarié d'un centre de santé, exerçant dans une commune à moins de 20 minutes en voiture de leur lieu de résidence**.

* L'APL est calculée par la DREES pour chaque commune, selon l'activité des médecins, leur accessibilité géographique et la demande de soins des habitants pondérée selon leur tranche d'âge.

** *Études & Résultats*, n° 1144, février 2020.

Impacts des déserts médicaux géographiques sur la prise en charge des patients

L'impossibilité de s'inscrire auprès d'un nouveau médecin traitant

La situation relative au médecin généraliste est paradoxale. Depuis la loi du 13 août 2004, ce dernier est choisi la plupart du temps comme médecin traitant et se trouve au cœur du système de santé.

Il joue un rôle de pivot, à la fois point d'entrée dans le « parcours coordonné de soins » et responsable de l'orientation des patients vers des soins dits « de spécialité ».

Cette reconnaissance est particulièrement nécessaire chez les patients atteints de maladies chroniques qui amènent plusieurs professionnels de santé, médicaux et non médicaux, à intervenir dans le parcours du patient.

Or, aujourd'hui, près d'un médecin traitant sur deux refuse de prendre de nouveaux patients³, et 20 % des Français n'ont pas de médecin traitant.

Des délais d'attente jugés interminables pour obtenir un rendez-vous

La file d'attente dans les cabinets des médecins libéraux tend à prouver le phénomène de saturation, rendant difficile une consultation dans des délais raisonnables.

Un rendez-vous avec un médecin généraliste est obtenu en moyenne en six jours, tous motifs de demande confondus (symptômes, suivi régulier, renouvellement d'une ordonnance...).

Pour certaines spécialités médicales, ces délais d'attente sont de plus de deux mois. C'est en ophtalmologie (80 jours), dermatologie (61 jours), cardiologie (50 jours), rhumatologie (45 jours) et gynécologie (44 jours) qu'ils sont les plus importants⁴.

3. Voir UFC-Que Choisir, « Enquête auprès des médecins généralistes », 21 novembre 2019, www.quechoisir.org.

4. Voir *Études & Résultats*, n° 1085, octobre 2018.

Face à ces difficultés (délais d'attente trop longs et manque de médecins à une distance raisonnable de son domicile), près de la moitié des patients (49 %) auraient reporté ou renoncé à des soins, avec des conséquences sur l'état de santé individuelle et collective complexes à mesurer⁵.

Un nombre de passages aux urgences qui explose

Dans ce contexte en tension, devant la difficulté à trouver un rendez-vous le jour même avec un généraliste pour des soins non programmés, les urgences deviennent les interlocuteurs de première ligne. Ce d'autant plus qu'elles se doivent d'accueillir tous les patients qui se présentent, sans condition.

L'évolution sociétale valorise l'immédiateté des soins. Ainsi, les patients vont aux urgences parce que c'est pratique, rapide, et qu'ils savent qu'ils auront facilement accès à d'autres services de soin.

À la question : « Pourquoi êtes-vous venu aux urgences ? », 61 % des patients sondés répondent : « Pour l'accessibilité aux soins »⁶. Chemin faisant, le nombre de passage aux urgences en France a doublé en vingt ans (21,4 millions en 2017⁷), avec une progression d'environ 5 % par an en moyenne.

Sachant que plus de 20 % des consultations de soins primaires non programmées (chiffre en

5. Selon un sondage BVA pour France Assos Santé en novembre 2019.

6. Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brillhault (coord.), *Le panorama des établissements de santé, édition 2014*, DREES, 2014.

7. Voir Fabien Toutlemonde (dir.), *Les établissements de santé*, DREES, 2019.

progression constante) viennent à tort aux urgences hospitalières⁸, les pouvoirs publics veulent rediriger les patients vers la médecine de ville. Le système de santé se retrouve ainsi actuellement dans une impasse.

Des inégalités d'accès aux soins

Les inégalités d'accès aux soins constituent un enjeu majeur. Elles sont dans une certaine mesure d'ordre géographique. Une étude suggère que les disparités d'accès au médecin généraliste ne sont pas liées à des disparités régionales, mais à des différences marquées selon le type d'espace. En effet, c'est dans les communes rurales des périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux médecins généralistes est la plus grande⁹.

D'autre part, ces inégalités sont d'ordre social et touchent les personnes en situation de précarité, les personnes handicapées qui ont des difficultés d'accès aux soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques¹⁰, les personnes souffrant de troubles psychiques, les populations étrangères ne maîtrisant pas la langue française, les détenus, etc. On est souvent au cœur d'un désert à la fois médico-social et médical.

8. Cour des comptes, «Les urgences hospitalières: des services toujours trop sollicités», dans *Rapport public annuel*, Cour des comptes, 2019.

9. Voir *Études & Résultats*, n° 1061, mai 2018.

10. Voir le rapport *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France* publié par l'IRDES en 2015 (n° 560).

Pourquoi des déserts médicaux géographiques ?

L'organisation des professionnels de santé de ville est aujourd'hui l'une des clés de la réponse aux défis posés à notre système de santé qui doit s'adapter à un effet ciseau : une demande de santé en hausse et une offre de soins en baisse.

Une demande de santé en hausse

Des maladies chroniques liées au vieillissement et aux « maladies de civilisation »

Grand défi du xx^e siècle, les maladies infectieuses sont aujourd'hui moins meurtrières, même si l'histoire nous enseigne que la probabilité d'une épidémie mondiale catastrophique reste forte au xxi^e siècle. Si l'on écarte cette épée de Damoclès sanitaire totalement imprévisible, les maladies du xxi^e siècle seront chroniques et non transmissibles. Même si la Covid-19 est une épidémie virale sans précédent, par ses enjeux sanitaires, politiques, sociétaux et économiques et par son développement médiatique, n'oublions pas que les maladies chroniques représentent plus de 70 % des décès dans le monde.

L'allongement de l'espérance de vie à la naissance augmente naturellement l'incidence des maladies chroniques liées à l'âge. Mais un phénomène nouveau est apparu : nos modes de vie et de consommation modernes nous exposent à des facteurs de risque comme l'obésité, le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, la sédentarité, la pollution, les accidents et le stress. Ils sont à l'origine de nombreuses maladies dégénératives chroniques, appelées également « maladies de civilisation », dont la prévalence explose :

maladies cardiovasculaires (1^{re} cause de mortalité avec 17,7 millions de décès dans le monde en 2017 selon l'OMS), cancers (2^e cause de mortalité avec 8,9 millions de décès dans le monde), insuffisances respiratoires, diabète de type 2, maladies auto-immunes, maladies inflammatoires, troubles psychiatriques, maladie d'Alzheimer, maladies du foie, maladies de la vision...

Les principaux défis sanitaires de la prochaine décennie seront donc les actions thérapeutiques préventives et la prise en charge des maladies chroniques consécutives au vieillissement et à nos modes de vie actuels.

Des Français plus nombreux, plus âgés et polypathologiques

En 2018, l'espérance de vie à la naissance atteignait 79,5 ans pour les hommes (67 ans en 1960) et 85,4 ans pour les femmes (73,6 ans en 1960) en France métropolitaine, avec toutefois une stagnation depuis quelques années, voire une baisse de l'espérance de vie et en bonne santé¹¹.

À l'horizon 2030, on peut prédire que la population française va continuer de croître, de vieillir et de s'urbaniser. Ainsi, la population de la France s'élèverait à 70 millions en 2030, soit une progression de 7 % sur dix ans.

Selon les mêmes estimations, les patients en statut d'affection de longue durée (ALD) augmenteront de

11. Selon le Centre d'observation de la société en janvier 2019, www.observationsociete.fr.

50 %, soit environ 15 millions en 2030¹². Il faut s'attendre à une probable diminution de l'espérance de vie en bonne santé, liée notamment au poids de la dépendance des populations de grand âge (1,4 à 1,7 million de personnes âgées) et à l'explosion des polyopathologies associées (les séniors souffriront de 4 à 6 pathologies)¹³.

Par ailleurs, 2030 se situe à une période charnière, qui verra les premières générations du *baby-boom* atteindre l'âge de 85 ans, âge moyen d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : la perte d'autonomie fera donc partie des questions cruciales.

Mouvement d'urbanisation

Le mouvement d'urbanisation qui s'observe depuis la Seconde Guerre mondiale se poursuit : 80 % de la population résidera en zone urbaine en 2030¹⁴. En contrepartie, de plus en plus de territoires seront délaissés. Il y aura donc un enjeu majeur d'accès à la santé dans certaines zones territoriales conjuguant à la fois les populations âgées à fort besoin de soins et des ressources limitées.

12. En 2017, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance maladie bénéficiaient du dispositif des ALD, soit 17 % des assurés. Pour ces personnes, la prise en charge des soins est de 100 % dans le cadre de l'exonération du ticket modérateur.

13. Jérôme Guedj, Luc Broussy, Anna Kuhn Lafont, *Les personnes âgées en 2030. État de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie: portrait-robot de la génération qui vient*, Think Tank Matières grises, 2018.

14. «La part de la population vivant en ville plafonne depuis dix ans», 5 mars 2019, www.observationsociete.fr.

Un besoin de temps médical accru

Le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies engendrent une augmentation drastique du nombre de patients tout en nécessitant individuellement un temps médical accru dans le contexte d'un recours aux soins plus important qu'auparavant.

Une offre de soins en baisse

Ya-t-il vraiment, comme le dit la rumeur, de moins en moins de médecins en France ?

En 2018, près de 227 000 médecins sont en activité, soit 10 000 de plus qu'en 2012. Ces médecins peuvent exercer en activité régulière, en cumul emploi-retraite ou en tant que remplaçant. Parmi eux, on compte près de 103 000 médecins généralistes (45 %) et près de 124 000 spécialistes (55 %).

Toutefois, cette croissance du nombre de médecins sur la période est à nuancer.

En effet, le nombre de spécialistes, qu'ils soient libéraux ou salariés, a effectivement augmenté (respectivement de + 2,4 % et + 13,9 %). Mais, dans le même temps, le nombre de généralistes libéraux a, lui, légèrement diminué (- 2 %) ¹⁵. Cette baisse des effectifs des généralistes est due principalement aux départs à la retraite non remplacés de la génération du *baby-boom*.

15. *Études & Résultats*, n° 1061, mai 2018.

Des disparités territoriales

Mais surtout, les disparités entre territoires n'ont jamais été aussi fortes, montrant des effectifs de médecins qui n'ont cessé de diminuer dans les territoires les moins pourvus et ont continué d'augmenter dans ceux dont la densité médicale dépassait déjà la moyenne nationale. Les médecins, particulièrement les spécialistes en accès direct¹⁶, sont concentrés dans les pôles urbains (l'offre médicale par habitant varie de 1 à 9 entre les communes isolées et les pôles urbains).

Ces inégalités territoriales d'offres de soins s'expliquent en partie par la liberté d'installation des médecins libéraux, principe qui prévaut depuis la charte de la médecine libérale de 1927.

Le numerus clausus

Les variations de la démographie médicale sont en partie dépendantes de celles du *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. Il a diminué à partir des années 1980 pour passer en dessous de la barre des 4000 places entre 1992 et 2000, avant de remonter progressivement au début des années 2000 avec plus de 9000 places en 2019.

Motivés par une volonté de maîtrise des dépenses de santé du côté de l'Assurance maladie et de réduction de la concurrence entre médecins du côté des syndicats de médecins libéraux, les acteurs n'ont pas su anticiper l'impact de cette politique malthusienne sur les besoins futurs qui étaient pourtant prévisibles...

16. Spécialistes à accès direct: gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, neuropsychiatre, stomatologue.

Cette évolution contraste avec le dynamisme d'autres professions de santé, tels les infirmiers, pour lesquels les effectifs devraient croître de plus de 50 %¹⁷ entre 2014 et 2040, ou encore les masseurs-kinésithérapeutes, dont la hausse est estimée à près de 60 % d'ici à 2040¹⁸.

De nouvelles tendances dans le mode d'exercice : remplacement, exercice groupé et salariat

Quelques tendances nouvelles dans le mode d'exercice se dessinent depuis quelques années au sein de la jeune génération de médecins :

– Les remplacements en début de carrière sont de plus en plus fréquents.

– Ils cherchent à travailler davantage en équipe, l'exercice groupé permettant la mutualisation des dépenses et des services. Ce mode d'exercice permet également l'amélioration de la qualité des soins par le partage des connaissances et les échanges entre pairs.

– Ils montrent une tendance de plus en plus affirmée à changer de mode de vie et optent pour l'exercice salarié au détriment de l'exercice libéral. En 1991, 25 % des médecins généralistes exerçaient dans un cadre salarial. Cette proportion est passée à 33 % en 2016. Les projections estiment qu'en 2040, 46 % des médecins généralistes exerceront en salariat¹⁹.

17. Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », *Études & Résultats*, n° 1061, mai 2018.

18. « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *Études & Résultats*, n° 1075, juillet 2018.

19. *Études & Résultats*, n° 1011, mai 2017.

Une profession qui se féminise

En France, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, la profession se féminise (46 % des médecins sont des femmes actuellement, une part qui devrait grimper à 60 %, proportion actuelle des internes), modifiant l'offre de soins : un quart des femmes médecins déclare travailler à temps partiel, elles tendent à voir moins de patients que leurs confrères masculins mais avec des durées de consultation plus longues et ont une patientèle comprenant davantage de femmes et d'enfants²⁰.

Une utilisation non optimale des ressources médicales rares

S'ajoute à ces facteurs quantitatifs une utilisation non optimale, voire parfois inadéquate, du temps médical. Une partie importante de ce temps est absorbée par des activités extérieures à l'exercice soignant, notamment des activités de nature administrative ou logistique qui pourraient être confiées à une secrétaire. Une autre partie du temps d'exercice des médecins est consacrée à certaines activités soignantes qui pourraient être confiées, par délégation de compétences²¹, à d'autres professionnels de santé.

L'attractivité d'un territoire

Une des causes principales de l'existence des déserts médicaux géographiques réside dans la baisse d'attractivité de certains territoires ruraux, dont l'une

20. *Études & Résultats*, n° 797, mars 2012.

21. Voir chapitre 2 : « Les réponses de l'État permettent-elles de repeupler les déserts médicaux géographiques ? ».

des composantes majeures est l'accessibilité aux services et équipements de la vie courante.

En revanche, les raisons pour lesquelles il est parfois impossible d'avoir accès à un médecin dans les quartiers dits « sensibles » sont tout autres : trop de malades, pas assez de praticiens dans les cités ghettos aux périphéries des villes. Les uns sont partis en fin de carrière, d'autres pour des raisons de sécurité, à cause d'incivilités ou d'agressions répétées.

La qualité de vie

Enfin, les médecins aspirent légitimement à un meilleur équilibre entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle. Ils recherchent un cadre de travail agréable et dynamique, ainsi qu'un territoire qui permet à toute la famille de trouver emploi et services divers de qualité. C'est ainsi que beaucoup de médecins généralistes partant à la retraite ne seront pas remplacés surtout dans des zones peu attractives.

L'attractivité d'un territoire et la qualité de vie sont des critères de choix importants pour les professionnels de santé, en particulier les jeunes médecins. Rares sont les métiers de sacerdoce ou de sacrifice qui résistent à ces transformations de la société dans laquelle la vie ne se résume plus à une activité professionnelle.

*
**

Même si, paradoxalement, la France n'a jamais compté autant de médecins qu'aujourd'hui, l'offre en médecins généralistes montre une tendance à la baisse inverse. Toutefois les causes de la décroissance du temps médical disponible sont multifactorielles.

QU'EST-CE QU'UN DÉSERT MÉDICAL GÉOGRAPHIQUE ?

Toutes ces tendances démographiques, sociétales et fonctionnelles contribuent à réduire le temps médical moyen disponible (temps consacré par le praticien à sa patientèle) et vont dans le sens inverse de la demande croissante de soins.

Cet « effet ciseau » remet en cause le principe d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et interroge à la fois les raisons ayant conduit à cette situation et les politiques de santé à mettre en œuvre pour lutter contre de telles inégalités.

Collection « Débats Santé Social »

Les soins primaires en question(s),
Yann Bourgueil, François-Xavier Schweyer,
Aline Ramond-Roquin, 2021

La e-santé en question(s),
Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis, 2020

La santé des migrants en question(s),
Jean-Marie André (dir.), 2019

L'assurance maladie en question(s),
Benjamin Ferras, Maurice-Pierre Planel, 2019

Comprendre la politique de santé aux États-Unis,
Élisa Chelle, 2019

Santé: la transparence en question(s)
Magali Guegan, Maurice-Pierre Planel, 2018

La démocratie en santé en question(s)
Karine Lefeuvre, Roland Ollivier,
Olivia Gross (collab.), 2018

Le prix des médicaments en question(s)
Maurice-Pierre Planel, 2017

La santé publique en question(s)
Laurent Chambaud, dessins de Loïc Schwartz, 2016

À la recherche de liens entre les générations
Jean-Jacques Amyot, 2016

Faire de la santé publique
Didier Fassin, 2^e édition, 2008

Conception : Hyg e  ditions
Réalisation : PCA-CMB, Rez 
Achevé d'imprimer sur les presses
de l'imprimerie Jouve, Mayenne
Dépôt légal : mars 2021
N  d'impression :
IMPRIMÉ EN FRANCE

Les déserts médicaux en question(s)

Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis

Dans l'imaginaire collectif, le désert médical, c'est la campagne à perte de vue, des villages dépeuplés, sans écoles, sans services publics et quelques habitants obligés de s'exiler pour être soignés...

Or, la réalité est tout autre : au-delà de territoires dépourvus d'offre sanitaire, les déserts sont partout, de la périnatalité à la dépendance, en santé mentale, dans les maladies rares... La discordance entre besoin et offre en santé est ici retenue comme l'expression d'un désert médical.

Comment notre société peut-elle laisser s'installer, parfois à son insu, ces déserts médicaux ? Comment la pandémie a-t-elle pu aggraver encore la situation et quelles leçons en tirer ? Pourquoi les solutions, dont la e-santé, ont-elles tant de mal à émerger ?

En 10 questions simples et directes, ce livre propose un panorama et une nouvelle vision des déserts médicaux qui intéressera les collectivités, professionnels de santé et toute personne curieuse de la question des inégalités de santé.

Olivier Babinet est expert en transformation des organisations sanitaires. 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.

Dans la même collection, ils ont publié, en 2020, *La e-santé en question(s)*.

ISBN : 978-2-8109-0759-5



14 €

www.hygee-editions.fr