

## CONCOURS EXTERNE D'ATTACHÉ TERRITORIAL

SESSION 2024

### ÉPREUVE DE NOTE

Durée : 4H - Coefficient : 4

**SPÉCIALITÉ : GESTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL**

### INDICATIONS DE CORRECTION

#### **Sujet :**

Vous êtes attaché territorial, chargé de mission auprès du directeur de la solidarité territoriale au conseil départemental d'Admidep. De nombreux territoires de ce département rural pâtissent d'une offre médicale insuffisante, en déclin depuis quelques années.

Les élus souhaitent engager une politique pour enrayer cette dynamique, et redonner ainsi de l'attractivité au département.

Dans cette perspective, le directeur de la solidarité territoriale vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur les déserts médicaux.

#### **1) Présentation du sujet**

Les déserts médicaux constituent une thématique qui revient régulièrement sur le devant de la scène. Bien que de nombreuses initiatives aient été conduites en la matière par les pouvoirs publics sur les dernières décennies, le phénomène apparaît aujourd'hui encore prégnant. Un récent rapport de la cour des comptes souligne en effet que si l'offre de soin a tendance à s'amplifier, jamais elle n'a été aussi inégalement répartie sur le territoire français.

Si de nombreux leviers pour lutter contre les déserts médicaux demeurent entre les mains des services de l'Etat et de l'ARS, le cadre réglementaire permet également aux collectivités d'agir. Elles peuvent notamment depuis 2005 apporter des aides aux médecins pour les inciter à s'installer sur leur territoire. Ce sujet invite par conséquent à effectuer un état des lieux de leur pouvoir d'agir.

Le candidat percevra en outre au travers du dossier que la coordination territoriale des nombreux acteurs de la santé représente un enjeu majeur pour endiguer le phénomène. Les initiatives locales ne manquent pas, mais beaucoup périclitent en raison d'un portage isolé qui ne va pas au-delà du périmètre communal. Dans cette logique, les candidats devront saisir au regard de la strate choisie dans la commande l'opportunité d'une approche départementale du problème.

Le dossier aborde la question des déserts médicaux sous ses différents points de vue. Ainsi, la difficulté du sujet réside dans l'effort de synthèse demandé, et dans une juste approche de la thématique par rapport à la mise en situation.

## **2) Analyse des documents du dossier**

Le dossier, assez dense et diversifié, permet d'aborder la thématique des déserts médicaux sous des angles et des points de vue différenciés. Il offre ainsi au candidat toute la matière nécessaire au traitement du sujet, la difficulté consistant dès lors à ne pas se perdre dans les détails.

### **Document 1 : « Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action » - *Sénat***

Ce rapport d'information du Sénat datant de 2021 répertorie les actions menées par les différentes collectivités (bloc communal, départements, régions) pour lutter contre les déserts médicaux. Celles-ci se traduisent notamment par la contribution à des maisons de santé (MS publiques) ou des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP regroupant des médecins libéraux), la mise en place d'une médecine ambulante (bus médical par exemple) ou par des actions de prévention.

Le rapport formule différentes propositions : installation de centres de santé « partenariaux » pour optimiser les moyens, adopter une approche du problème au niveau territorial le plus pertinent, création de liens entre les collectivités et les facultés de médecine, dispositifs incitatifs pour attirer les médecins en recourant à des aides personnalisées, développement de la télémédecine (s'il n'y a pas d'autres solutions).

### **Document 2 : « Déserts médicaux : un enjeu global d'attractivité pour les territoires » - *Caroline Megglé - Localtis***

Il s'agit d'un article de presse synthétisant les résultats d'une étude sur la lutte contre les déserts médicaux. 3 axes sont évoqués pour répondre aux enjeux inhérents à ce phénomène : la promotion des territoires auprès des personnels de santé et l'accompagnement à leur installation (y compris leur famille), l'attribution d'aides financières, le développement de conditions d'exercice attractives.

L'étude insiste sur l'importance de travailler en réseau pour éviter les déperditions d'énergie : par exemple beaucoup de maisons de santé ont été construites mais n'arrivent pas à se remplir. Le département apparaît à ce titre comme un bon échelon de coordination des acteurs, permettant d'adopter une vision stratégique du problème. Les ARS ont aussi un rôle important à jouer, mais dans une perspective de complémentarité avec les collectivités.

Est aussi formulée l'idée de recourir à un accompagnement « cousu main » des professionnels de santé, qui prend en compte leur projet de vie. L'article appelle dans cette logique les collectivités à penser à attirer les étudiants.

L'étude souligne en outre la pertinence des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour améliorer l'offre locale de santé.

Enfin, elle met en garde contre un risque de surenchère, qui viendrait à installer une concurrence entre les territoires. Une approche coordonnée au niveau départemental apparaît à ce titre pertinente.

### **Document 3 : « Face aux déserts médicaux, le gouvernement déploie quatre mesures concrètes dans les territoires » - *Maire.info***

Cet article du média Maire.info datant de 2023 reprend un communiqué de presse sur un plan gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux, assis sur 4 mesures :

- Recrutement d'assistants médicaux,
- Déploiement de médicobus
- Déploiement de maisons de santé pluri-professionnelles,
- Généralisation des CPTS, en tant que « maillons essentiels de l'organisation des soins primaires ».

### **Document 4 : « Lutter contre les déserts médicaux » - *Ministère de la Solidarité et de la Santé***

Il s'agit d'une infographie qui reprend les engagements du gouvernement en 2022 pour lutter contre les déserts médicaux (Plan « Ma santé 2022 »). Ceux-ci s'articulent autour de 3 axes :

- Inciter les médecins à s'installer dans les déserts médicaux,
- Encourager de nouvelles formes d'exercice médical dans les déserts médicaux,

- Libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé (création d'une fonction d'assistant médical entre autres).

#### **Document 5 : « Déserts médicaux : état des lieux et solutions » - Dr Jean-Pascal Del Bano - *Le Guide Santé***

Ce document est un article d'un site Internet pour les professionnels de santé. Il permet de circonscrire la notion de désert médical : celle-ci doit s'apprécier à la fois en termes de distance pour accéder à un médecin généraliste mais aussi en termes de délai d'attente. Au-delà du médecin traitant, il faut aussi prendre en compte l'offre de pharmacie ainsi que la médecine d'urgence et la médecine spécialisée.

L'article donne quelques chiffres établis à partir d'une étude de la DREES (2017) : sur la base d'un indicateur basé sur les critères précités, l'APL (accessibilité potentielle localisée), 11,6% de la population résiderait dans une commune « sous-dense » en médecins généralistes. Près de 18% connaît des difficultés d'accès sur au moins 1 critère. L'étude relève néanmoins que 82% de la population vivrait sur un territoire sans difficulté majeure.

3 pistes de solution sont évoquées pour lutter contre les déserts médicaux : exercice regroupé en s'appuyant notamment sur les CPTS, les MSP et les MS, déploiement d'infirmières de pratique sur les territoires, télémédecine.

#### **Document 6 : « Accès aux soins : le retour en grâce des centres de santé municipaux » - *L'Inspiration Politique***

Cet article issu d'une revue politique met en avant les centres/maisons de santé. Hérités des dispensaires des années 30, ces établissements sont gérés par des collectivités (communes ou départements). Les médecins peuvent s'y installer dans le cadre d'une activité libérale ou être directement salariés par la collectivité.

L'article revient sur les causes des déserts médicaux : numerus clausus, désaffection des médecins pour certains territoires, les astreintes de la fonction qui sont mal rémunérées. Dans ce cadre, les centres de santé, notamment s'ils sont totalement publics, permettent aux médecins de se décharger des tâches administratives, et de ne se concentrer que sur les soins.

L'article présente des témoignages de bonnes pratiques : le département de Saône et Loire a mis en œuvre une démarche consistant à déployer sur le territoire un maillage de centres de santé. La ville de Fosses a quant à elle pu viabiliser son centre de santé grâce à une approche intercommunale.

Il est également proposé une méthode pour développer un centre de santé : un diagnostic pour identifier finement les besoins ainsi qu'un budget prévisionnel ressortent comme des étapes essentielles à la réussite du projet.

#### **Document 7 : « Trois façons de jouer collectif grâce aux maisons et aux pôles de santé » - Catherine Maisonneuve, Isabelle Raynaud - *lagazette.fr***

Cet article de la Gazette des communes s'intéresse aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Les avantages de ce type d'établissement sont multiples : prise en charge des tâches administratives, coordination médicale autour du patient, travail en équipe, facilité pour régler la question de mise en accessibilité. Une solution pertinente à l'usage consiste à adosser ces MSP à un centre hospitalier (cas de Craon) avec cependant le risque qu'elles périllicitent en cas de fermeture dudit hôpital.

Certaines collectivités adoptent des projets de « pôle santé » plus ambitieux que les MSP en termes d'offre médicale (cas de la CC de Mortagne-au-Perche). Le périmètre intercommunal apparaît particulièrement intéressant pour ce type d'équipement.

La viabilité des MSP reste en tout état de cause dépendante d'une volonté conjointe des élus et des professionnels de santé. Si certaines fonctionnent, il y a toujours un reste à charge à assumer pour les collectivités (construction, gestion locaux, exemple de la CC Avallon, - Vézelay – Morvan).

L'article insiste du reste sur l'importance de définir un projet de santé territorial à traduire dans un contrat local de santé (CLS) avec l'ARS. Il souligne par ailleurs que la dimension collective des MSP peut attirer les stagiaires, et qu'un autre levier pour faire venir ces professionnels est de leur proposer des logements.

#### **Document 8 : « Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? » - *Vie publique***

Il s'agit d'une synthèse des politiques publiques pour lutter contre les déserts médicaux publiée sur le site *Vie publique* en 2023. Celle-ci fournit quelques chiffres : le nombre de généralistes a diminué de 11 % entre 2010 et 2021, le taux pour 100 000 habitants glissant de 141 à 121.

Le document souligne les aspects démographiques : face à une population qui augmente, qui plus est vieillissante, le contingent de médecins est amené à se réduire avec les départs en retraite prévisibles.

On peut noter par ailleurs que les inégalités territoriales en matière d'offre de soin ne sont plus uniquement basées sur le découpage urbain / rural : les déserts médicaux touchent aujourd'hui certains secteurs urbains, dont souvent des quartiers de la politique de la ville. L'échelle départementale apparaît la plus pertinente pour agir contre ces inégalités.

L'article cite plusieurs solutions mises actuellement en œuvre :

- le recours à des médecins étrangers,
- les aides que peuvent apporter les collectivités aux médecins (loi 2005),
- les contrats d'engagement de service public (CESP, loi 2009) : en échange d'une bourse, les étudiants qui signent ce contrat doivent exercer un certain nombre d'années dans des secteurs en tension,
- le pacte territorial de 2015 qui a notamment instauré les MSP et développé les CESP,
- la télémédecine,
- la stratégie ma santé 2022 (cf. doc 4).

#### **Document 9 : « Les déserts médicaux » - Matthieu Frélaut - *Regards n°53***

Cet article scientifique traite le cas du département de l'Orne en se focalisant plus particulièrement sur la médecine généraliste. Il souligne un paradoxe : alors que le nombre de professionnels de santé s'amplifie, leur répartition n'a jamais été aussi inégale. Du reste, l'évolution de l'offre médicale apparaît au niveau territorial décorrélée de la population.

A cela, il faut ajouter une évolution dans l'exercice médical : on observe un glissement d'une pratique libérale isolée vers une pratique salariée. Ce glissement contribue à la réduction de l'offre de soin dans la mesure où le médecin libéral assure en moyenne un quota d'heures plus élevé qu'un médecin salarié.

L'article présente un indicateur pour mesurer les déserts médicaux : l'accessibilité potentielle localisée (APL). Dressé par la DREES et l'IRDES, celui-ci tient compte simultanément de la proximité des médecins et de leur disponibilité.

L'auteur constate que les politiques publiques pour lutter contre les déserts médicaux restent incitatives (aides à l'installation, contrats de praticien de médecin, desserrement du numerus clausus). Elles ont conduit à une évolution lente mais significative sur le temps long. Il met en exergue un outil essentiel de diagnostic et d'accompagnement à mobiliser : la Plate-Forme départementale en matière d'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDAS).

#### **Document 10 : Comment les collectivités peuvent recruter et salarier un médecin » - Agathe Delescluse - *Le courrier des maires et des élus locaux***

Cet article du Courrier des maires donne des indications concernant le recrutement de médecins dans les centres municipaux de santé (CMS). Ces équipements offrent en effet un cadre légal pour les villes, intercommunalités et départements d'investir dans la lutte contre les déserts médicaux.

On notera que les médecins d'exercice ne peuvent être recrutés qu'en tant que contractuels, car il n'existe pas de cadre d'emploi intégrant leurs pratiques de soin. Le grade de « médecin » n'est pas adapté car il porte sur d'autres missions (médecine du travail, prévention, ...)

Si les collectivités disposent de fait de latitudes pour leur rémunération, l'article met en garde contre une pratique consistant à proposer des salaires trop élevés qui créeraient une distorsion avec les autres agents de la collectivité.

Cet article mentionne également la suppression du numerus clausus depuis la loi du 24 juillet 2019

#### **Document 11 : « Déserts médicaux : l'ordonnance sévère de la Cour des comptes » - Géraldine Langlois - *lagazette.fr***

Le document, issu de la Gazette des communes, rend compte d'une ordonnance de la Cour des comptes critique par rapport aux politiques publiques de lutte contre les déserts médicaux. Celle-ci fait état d'une mauvaise coordination entre acteurs, ce qui génère une mauvaise distribution des moyens déployés (ceux-ci n'étant pas forcément déployés dans les territoires qui en ont le plus besoin).

Plusieurs solutions sont proposées :

- la mise en place d'une coordination départementale sous l'égide de l'ARS, animée par une logique de résultat,
- une attribution des aides de manière plus sélective,
- le conditionnement des aides à l'existence de structures d'exercice coordonné (MSP par exemple) et à la signature de protocoles de coopération permettant aux médecins de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels de santé,
- exercice médical à temps partiel en zones tendues,
- mission d'intérêt général confiée aux hôpitaux en zone tendue afin de déployer des centres de santé.

### **3) Proposition de plan détaillé**

*Avertissement : il s'agit d'une proposition de plan. D'autres plans sont possibles, au correcteur d'évaluer dans quelle mesure le plan proposé restitue les principaux axes de questionnement et les principaux éléments du dossier et les articule de manière cohérente.*

#### **En-tête**

*Rappel du cadrage : la note doit adopter la forme suivante et reprendre les informations que le candidat trouve en première page du sujet dans la commande et la liste signalétique des documents au dossier.*

Département Admidep  
Direction de la solidarité territoriale

Le 14 novembre 2024

#### **NOTE**

**à l'attention de Monsieur le directeur de la solidarité territoriale**

**Objet : les déserts médicaux**

#### **Références :**

Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Pacte territoire santé 2015

Stratégie « Ma santé 2022 »

#### **Introduction**

*Rappel du cadrage : la note doit comporter une introduction d'une vingtaine de lignes, qui s'apparente à celle d'une composition ou dissertation (entrée en matière, reformulation du sujet, présentation de la problématique dans son contexte) et doit impérativement comprendre une annonce de plan.*

## Éléments pouvant être abordés en introduction :

- Chiffres : 11,6% de la population résiderait dans une commune « sous-dense » en médecins généralistes (doc 5)
- Paradoxe d'une offre de soin qui s'amplifie mais qui n'a jamais été aussi inégalement répartie. (doc 9).
- Un phénomène ancien pour lequel les gouvernements et les collectivités tentent d'agir sans arriver à l'endiguer.

## Proposition de problématique :

**Comment les acteurs publics, et notamment les collectivités territoriales, peuvent-elles lutter contre les déserts médicaux ?**

**On s'interrogera plus particulièrement sur le rôle que les départements peuvent jouer en la matière.**

Après avoir expliqué en quoi consistent les déserts médicaux, notion qui recouvre en pratique des réalités différentes, nous nous intéresserons aux moyens existants pour lutter contre ce phénomène.

## Plan détaillé

*Rappel du cadrage : le développement est organisé en parties et en sous-parties. Le plan est impérativement matérialisé par des titres comportant des numérotations en début des parties et sous-parties.*

### I. Les déserts médicaux : un phénomène multi-causal touchant inégalement les territoires et faisant intervenir divers acteurs

#### A. Les déserts médicaux : des territoires souffrant d'une offre de santé déficiente, sous ses multiples composantes

- Les déserts médicaux doivent s'apprécier à la fois en termes de distance pour accéder à un médecin généraliste mais aussi en termes de délai d'attente ; leur appréciation doit tenir compte du nombre de médecins sur un territoire mais également de leur disponibilité. (doc 5 et 9)
- Au-delà du médecin traitant, il faut aussi prendre en compte l'offre de pharmacie, la médecine d'urgence et la médecine spécialisée. (doc 5)
- Selon une étude de la DREES (2017) : 11,6% de la population résiderait dans une commune « sous-dense » en médecins généralistes. Près de 18% connaît des difficultés d'accès sur au moins 1 critère. L'étude relève néanmoins que 82% de la population vivrait sur un territoire sans difficulté majeure. (doc 5)
- Le nombre de généralistes aurait par ailleurs diminué de 11 % entre 2010 et 2021, le taux pour 100 000 habitants glissant de 141 à 121. (doc 8)

#### B. Les déserts médicaux comme révélateurs d'inégalités territoriales, engendrées par une mauvaise répartition des moyens et une coordination imparfaite des acteurs publics

- Des causes multiples : numerus clausus, désaffection des médecins pour certains territoires, les astreintes de la fonction qui sont mal rémunérées. (doc 6)
- L'augmentation des déserts médicaux est à relier à l'évolution démographique : face à l'augmentation de la population et à son vieillissement, le nombre de médecins généralistes se réduit ; glissement d'une pratique libérale isolée vers une pratique salariée qui contribue à la réduction de l'offre de soin dans la mesure où le médecin libéral assure en moyenne un quota d'heures plus élevé qu'un médecin salarié. (doc 9)
- Entre Etat, ARS, multiples professionnels de santé, hôpitaux et différents niveaux de collectivités, l'action n'est pas forcément coordonnée et il existe de nombreuses déperditions d'énergie. (doc 2 et 11)
- Constat que les moyens ne vont pas forcément aux territoires qui en ont le plus besoin (doc 11)

- Les inégalités territoriales en matière d'offre de soin ne sont plus uniquement basées sur le découpage urbain / rural : les déserts médicaux touchent aujourd'hui certains secteurs urbains, dont souvent des quartiers de la politique de la ville. (doc 8)
- ⇒ Ainsi la lutte contre les déserts médicaux résonne avec plusieurs enjeux : l'attractivité des territoires ; la démographie de la population et des professionnels de santé ; la gestion de la charge des professionnels de santé (qui comprend aujourd'hui au-delà des soins une composante administrative et logistique de plus en plus prégnante) ; la gouvernance du système local de santé.

## II. Il existe différents leviers pour lutter contre les déserts médicaux mais qui n'ont jusqu'à présent par réussi à endiguer le phénomène

### A. Une approche incitative de la part de l'Etat qui s'appuie sur de multiples lois et dispositifs

- Loi 2005 : autorisation donnée aux collectivités de déployer des aides à l'installation de professionnels de santé. (doc 8)
- Loi 2009 : mise en place des contrats d'engagement de service public (CESP, loi 2009) : en échange d'une bourse, les étudiants qui signent ce contrat doivent exercer un certain nombre d'années dans des secteurs en tension. (doc 8)
- Pacte territorial santé 2015 : instauré les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), offrant de multiples avantages : prise en charge des tâches administratives, coordination médicale autour du patient, travail en équipe, facilité pour régler la question de mise en accessibilité. (doc 7)
- Stratégie « ma santé 2022 » qui repose sur 3 axes : (doc 1, 3, 4, 5 et 8)
  - Inciter les médecins à s'installer dans les déserts médicaux,
  - Encourager de nouvelles formes d'exercice médical dans les déserts médicaux ; dans cette logique, développement de la télémédecine et de la médecine ambulatoire
  - Libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé (création fonction d'assistant médical entre autres).
- Loi 2019 : suppression du numerus clausus. (doc 10)
- Mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).(doc 2 et 3)
- Plate-Forme départementale en matière d'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDAS). (doc 9)

### B. Les collectivités territoriales comme moteur d'une politique territoriale de santé

- Les collectivités comme maîtres d'ouvrage d'établissements locaux de santé, ces « dispensaires » du 21<sup>e</sup> siècle ; différents types existent, plus ou moins intégrés : Centres municipaux de santé (CSP, totalement publics), Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP, regroupant des médecins libéraux), les pôles santé, en lien avec un hôpital ; au sein des CMS, les professionnels de santé sont salariés ce qui présente des avantages mais n'est pas sans contraintes. (doc 1, 6, 7 et 10)
- Ingrédients pour que cela fonctionne : volonté conjointe des élus et des professionnels de santé ; adopter une méthode de développement de projet assise sur un diagnostic des besoins. (doc 7)
- Les collectivités, au-delà de ces dispositifs, peuvent accompagner les professionnels de santé sur plusieurs créneaux : financier, logistique mais aussi dans leur projet de vie (tenir compte par exemple des besoins de leur famille).
- Le traitement territorial des déserts médicaux crée un risque de surenchère et de concurrence territorial dont il faut se prémunir. (doc 2)
- ⇒ L'approche coordonnée, intégrée et planificatrice comme la solution la plus probante (doc 11). Les contrats locaux de santé (CLS) conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales représentent à ce titre des dispositifs à mobiliser.  
L'échelle départementale apparaît du reste pertinente au regard de la distribution des inégalités, et le département a donc un rôle majeur à jouer dans le maillage de soin. (doc 2)
- ⇒ La difficulté d'endiguer les déserts médicaux ne demanderait-elle pas que les pouvoirs publics dépassent la logique incitative et s'inscrivent désormais dans une logique plus dirigiste ? (doc 9)

## Conclusion

*Rappel du cadrage : la conclusion est facultative. Elle peut toutefois utilement souligner l'essentiel, sans jamais valoriser des informations oubliées dans le développement.*

Les 2 derniers items ci-dessus pourront éventuellement être mobilisés en guise de conclusion.