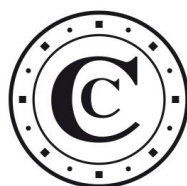


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Cahier territorial
de l'Aveyron

Rapport public thématique

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Introduction.....	13
Chapitre I Des tensions dans l'accès aux soins de premier recours, amplifiées par la mauvaise répartition de l'offre	15
I - Une demande de soins tendancielle en hausse	15
A - Un vieillissement marqué qui retentit sur la demande de soins	16
B - Un territoire montagneux qui complique les déplacements	16
II - Une offre insuffisante.....	18
A - Des densités en professionnels de premier recours contrastées	18
B - Une fragilité marquée pour la densité de médecins généralistes	20
C - Des signaux d'alerte encore non consolidés	21
Chapitre II Des mesures efficaces mais qui supposent un partenariat avec les professionnels libéraux	25
I - Des mesures diverses	25
A - Les aides directes.....	26
B - Le soutien à l'exercice coordonné	26
C - Les emplois aidés permettant d'économiser du temps médical	29
II - Une efficacité contrastée	29
A - Éléments généraux.....	29
B - Des effets différents selon la stratégie retenue ?	30
Chapitre III La définition en cours d'une action plus structurée et plus ambitieuse.....	33
I - Des cibles confirmées et élargies	33
A - La recherche d'un bon usage des soins.....	33
B - Un accès aux soins placé sous tension de résultats	34
II - La recherche d'une gouvernance territorialisée	35
A - Des instances de concertation opérationnelles.....	35
B - Des orientations nouvelles à arbitrer.....	36
Conclusion générale.....	39
Liste des abréviations	41
Annexes	43

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

L'enquête a été pilotée par la formation interjuridictions (FIJ) relative à « l'organisation territoriale des soins de premier recours ». Elle a associé la sixième chambre de la Cour des comptes et onze chambres régionales et territoriales des comptes : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Nouvelle-Calédonie, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Des monographies territoriales, complémentaires des analyses nationales, ont été établies sur le périmètre de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteaubriant, en Loire Atlantique, sur le département de l'Aveyron et sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Dans chacun de ces cas, les observations provisoires ont été soumises à la contradiction des responsables des politiques analysées.

Le présent cahier territorial a été délibéré en même temps que le cahier national, le 19 janvier 2024, par la formation interjuridictions présidée par Mme Hamayon, présidente de la sixième chambre, et composée de M. Colcombet, conseiller maître, Mme Daussin-Charpantier, Mme Bonnafoux, présidentes de chambre régionale des comptes, MM. La Marle, Pagès et Landais, présidents de section de chambre régionale des comptes, Mme Jagot, première conseillère de chambre régionale des comptes, ainsi que de M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, Mme Mazuir, première conseillère de chambre régionale des comptes, rapporteure générale adjointe, et en tant que contre-rapporteur, M. Colcombet, conseiller maître.

Il a été examiné le 27 février 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, Mme Démier, M. Bertucci, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre, M. Soubeyran, M. Glimet et M. Machard, présidents de section représentant les présidentes et président des première, quatrième et sixième chambres, conseillers maîtres, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Dans le cadre de l'enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours¹, la chambre régionale des comptes (CRC) Occitanie a examiné, dans une première phase, les aides destinées à améliorer l'accès aux soins de premier recours accordées par le conseil régional d'Occitanie², par le conseil départemental de l'Aveyron³ et par les deux communautés de communes de l'Aubrac et du Grand Rodez⁴. Dans une deuxième phase, ont été analysées les soutiens accordés par l'agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie et par la caisse primaire d'assurance-maladie (Cpam) de l'Aveyron. Fondé notamment sur la consultation dans le département, en avril 2023, de trois ateliers d'acteurs, consacrés respectivement aux soins programmés, aux soins non programmés et aux démarches "d'aller-vers" les populations les plus éloignées des soins, cet examen vise à analyser le degré de cohérence et la pertinence de l'ensemble des aides et des interventions publiques en faveur de l'accès aux soins de premier recours.

L'écart croissant entre, d'une part, une demande de soins de premier recours dynamique, due notamment au vieillissement de la population et à la progression des maladies chroniques, et, d'autre part, une offre marquée par des pénuries ponctuelles pour certaines professions de santé (médecins généralistes ou chirurgiens-dentistes, notamment), est illustré de manière frappante dans le cas du département de l'Aveyron : le vieillissement de la population y est nettement plus marqué que dans le reste de la région Occitanie et *a fortiori* que dans le reste de la France. Or, le caractère montagneux et rural du territoire renforce les difficultés d'accès.

L'offre de soins de premier recours, quant à elle, est très inégale selon les territoires (par communauté de communes, par exemple), certains

¹ Enquête associant la sixième chambre de la Cour des comptes et dix chambres régionales et territoriales des comptes.

² Région Occitanie, rapport d'observations définitives du 24 mars 2023.

³ Département de l'Aveyron, rapport d'observations définitives du 17 décembre 2022.

⁴ Communauté de communes Aubrac, Carladez et Viadène, ROD du 21 décembre 2022 ; Communauté d'agglomération de Rodez, rapport d'observations définitives du 8 février 2023.

étant très peu dotés en professionnels pour plusieurs catégories essentielles de soins : chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes, et surtout médecins, de médecine générale ou des autres spécialités sans plateau technique. Pour ces deux dernières professions, les densités moyennes sont en baisse et constituent un goulet d'étranglement dans l'accès aux soins ou le suivi des patients chroniques.

Des actions significatives ont pourtant été engagées par l'ARS d'Occitanie ou la Cpm de l'Aveyron. Elles ont apporté en particulier⁵ un soutien efficace aux projets de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP - fin 2023, 31 étaient labellisées par le comité départemental chargé, en Aveyron, d'approuver les projets de MSP ; 21 avaient signé l'accord conventionnel interprofessionnel - ACI - relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles) et, dans une moindre mesure, aux équipes de soins primaires (ESP, encouragées par les ARS) ou aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS, soutenues par l'ARS et la Cpm). Plus récemment, de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ont été mobilisées, de même que le recours à des assistants médicaux, qui permettent de développer les patientèles, à effectif de médecins donné.

Cette stratégie partenariale connaît des réussites évidentes, notamment dans l'Aubrac, dont la densité en médecins généralistes est restée satisfaisante, mais au prix de l'aggravation de l'accès aux soins de premier recours dans des territoires très carencés. C'est en partie le reflet de la polarisation des aides sur des partenariats avec les acteurs de la santé qui ne « maillent » pas le territoire départemental de manière exhaustive ou équivalente. Les leviers qui permettraient un ciblage territorial ou social plus marqué, comme le déploiement de centres de santé ou le développement d'actions de soutien en provenance des hôpitaux de proximité, sont demeurés très peu mobilisés.

Parmi les divers documents qui détaillent le projet régional de santé pour les années 2023 à 2028, une feuille de route du schéma régional et des schémas territoriaux prévoit des mesures innovantes, notamment en faveur de l'éducation thérapeutique et de l'information sur le bon usage des soins.

Cependant, à ce stade, font encore défaut les outils qui permettraient à l'ARS, à la Cpm, à la région et au département d'établir un inventaire

⁵ On pourrait également mentionner le déploiement d'outils d'appui aux professionnels : le service d'accès aux soins (SAS), en cours de mise en place, pour rendre plus efficace l'accès à des soins non programmés ; ou celui dispositif d'appui à la coordination de l'Aveyron, qui soutient et appuie les professionnels dans l'analyse et la coordination d'un parcours de santé complexe, en accompagnant la personne et/ou son entourage.

global des territoires les plus démunis à l'échelle des CPTS. Il conviendrait à cet effet de systématiser pour chacune le recueil des indicateurs pertinents, et notamment : le niveau de l'APL pour les médecins généralistes, la part du nombre de passages aux urgences sur les classifications cliniques les moins graves (CCMU1), le pourcentage de patients sans médecin traitant. Il conviendrait ensuite de cibler des plans d'actions correctives adaptés ; enfin de mobiliser de manière coordonnée et dans la durée, par une gouvernance territorialisée, les moyens des autres collectivités publiques, des professions de santé et des usagers, dans le double objectif de soutenir les initiatives qui permettent d'accroître l'offre de soins et de constituer un socle minimal dans les territoires carencés.

Introduction

Dans le cadre d'une enquête de la Cour des comptes et de dix chambres régionales et territoriales des comptes, la chambre régionale des comptes (CRC) d'Occitanie a examiné les aides destinées à améliorer l'accès aux soins de premier recours accordées par le conseil régional de la région Occitanie⁶, par le conseil départemental de l'Aveyron⁷ et par les deux communautés de communes de l'Aubrac et du Grand Rodez⁸. Dans le prolongement de ces enquêtes, la CRC a participé aux travaux des juridictions financières sur « l'organisation des soins de premier recours »⁹. Ont notamment été organisés, en avril 2023, trois « ateliers d'acteurs » pour recueillir les avis des professionnels de santé quant aux perspectives d'évolution de l'organisation des soins de premier recours.

Les spécificités démographiques et géographiques du département de l'Aveyron ont confirmé ou accentué les constats faits au niveau national : l'écart croissant entre les demandes de soins de premier recours et l'offre disponible, ce qui se traduit par des difficultés d'accès accrues à ces soins (I) ; le caractère souvent efficace mais trop peu ciblé des interventions (II) et, donc, la nécessité d'une réorientation partielle des aides, vers les outils et les territoires qui sont les plus carencés (III).

⁶ Région Occitanie, ROD du 24 mars 2023.

⁷ Département de l'Aveyron, ROD du 17 décembre 2022.

⁸ Communauté de communes Aubrac, Carladez et Viadène, ROD du 21 décembre 2022 et Communauté d'agglomération de Rodez, ROD du 8 février 2023.

⁹ Ces travaux ont conduit, dans un premier temps, à une publication sur les interventions des collectivités territoriales : « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins » (chapitre 7 du rapport public annuel de la Cour des comptes de mars 2023). Dans un deuxième temps, l'enquête a porté sur les politiques nationales et sur leur mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et par les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam). Elle a donné lieu au cahier national du rapport public thématique dont le présent rapport constitue un cahier territorial.

Chapitre I

Des tensions dans l'accès aux soins de premier recours, amplifiées par la mauvaise répartition de l'offre

Selon un document préparatoire du projet régional de santé (PRS) relatif au département de l'Aveyron, « *alors même que le vieillissement de la population majore son besoin en soins (I), la démographie médicale vieillissante a engendré un effondrement récent de la densité médicale. Le département est confronté à des difficultés d'attractivité des professionnels de santé, hormis pour les infirmiers* » (II), et ce, même si les indicateurs disponibles ne reflètent qu'en partie ces tensions, notamment pour ce qui concerne les territoires les plus carencés en offre de soins de premier recours (III).

I - Une demande de soins tendanciellement en hausse

Le constat national d'une demande croissante en soins de premier recours trouve une illustration particulière dans le département de l'Aveyron, pour deux motifs aggravants : le vieillissement de la population qui augmente la demande de certains soins (A) et l'enclavement de certains territoires (B).

A - Un vieillissement marqué qui retentit sur la demande de soins

13,8 % de la population aveyronnaise ont plus de 75 ans ; c'est trois points de plus que dans la région (10,7 %) et quatre et demi de plus que la moyenne nationale (9,3 %). Or, cette tranche d'âge est la plus représentée dans la consommation de soins infirmiers ou, même, de kinésithérapie et de médecine générale, comme le montre le tableau qui suit.

Certes, la population âgée de plus de 75 ans est stable depuis 2013 mais ce répit est passager. Le vieillissement se poursuit : la part de la population âgée de 60 à 74 ans a augmenté de 18,4 % à 20,5 %, de 2013 à 2018 ; 34,3 % de la population avait plus de 60 ans en 2018. Selon l'Insee les personnes de plus de 65 ans représenteront plus de 37 % de la population en 2050, contre 27 % aujourd'hui.

Tableau n° 1 : part des personnes de plus de 75 ans dans la consommation de soins

	Aveyron	Occitanie	France
Omnipraticiens	24,7 %	19,5 %	16,9 %
Infirmiers	70,4 %	65,9 %	59,8 %
Kinésithérapeutes	33,7 %	34,2 %	30,1 %
Chirurgiens-dentistes	11,5 %	9,7 %	9,1 %

Source : système national des données de santé, 2020

En relation avec ce vieillissement, la part des patients reconnus en affection de longue durée (ALD) était en 2019 de 25,2 % en Aveyron, contre 22,6 % au niveau régional et 21,3 % pour la France entière.

B - Un territoire montagneux qui complique les déplacements

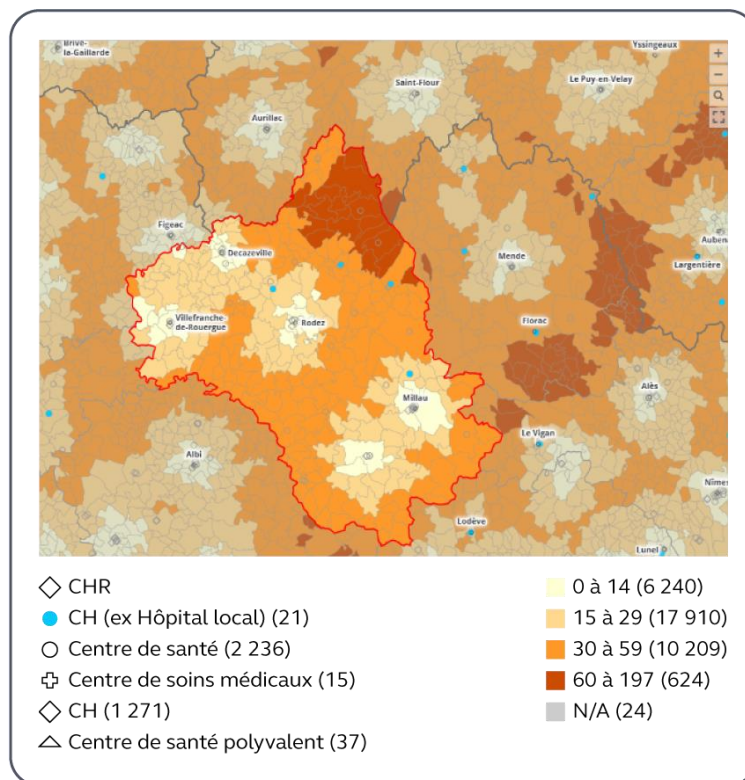
Deuxième contrainte particulière pour l'accès aux soins de premier recours, le département de l'Aveyron est un département étendu¹⁰, peu dense (31,9 hab./km²) et montagneux. Soixante-treize des 304 communes aveyronnaises présentent une densité inférieure à 10 hab./km², 148 comptent

¹⁰ Le 5^e département français le plus étendu mais avec une population de 279 000 habitants seulement. Ces chiffres, et les suivants, sont issus des travaux de l'Insee, à partir des données des derniers recensements (2018 pour la population).

moins de 500 habitants ; 94 % de la superficie du département sont classés en « zone de montagne ». L'Aveyron est ainsi un département enclavé, éloigné des métropoles du sud de la France. Rodez, le chef-lieu du département, au centre de ce dernier, se situe à 150 km de Toulouse (deux heures de route), à 170 km de Montpellier (deux heures également) et à 250 km de Clermont-Ferrand (2 h 50 par l'autoroute).

On sait que le recours aux services d'urgence peut servir de substitut aux carences de l'offre de soins de premier recours. Une telle option (certes dommageable du point de vue de l'efficacité globale des soins et de la bonne gradation des soins mais qui vaut mieux que l'absence de soin) paraît souvent hors d'accès des patients du département. Une grande partie du département est située entre 30 et 60 minutes d'un service d'urgence, comme le montre le graphique qui suit. Cette contrainte, liée à la géographie et aux conditions de transport, exige d'autant plus une organisation efficace et maillée des soins de premier recours sur l'ensemble du territoire.

Carte n° 1 : distance par rapport au service d'urgence le plus proche



II - Une offre insuffisante

Alors que la demande de soins tend à augmenter et qu'un accès aux soins de premier recours est une exigence renforcée, l'offre en soins de premier recours est inférieure à la moyenne nationale, même si c'est de manière contrastée selon les professions (A) et si elle présente de grandes variations selon les territoires (B).

A - Des densités contrastées en professionnels de premier recours

La densité et la répartition territoriale des professionnels¹¹ sont très variables selon les professions, même pour celles que l'on considère très généralement comme essentielles à l'accès aux soins diversifiés¹² qu'implique le premier recours.

Elles sont satisfaisantes pour deux de ces professions. La densité d'infirmiers libéraux, en premier lieu, s'établit à 341,2/100 000 hab. en Aveyron, soit à un niveau proche de la moyenne pour la région Occitanie (317,5), niveau nettement supérieur à celui de la France métropolitaine (196,4). Vingt-deux centres de soins infirmiers, employant des infirmiers salariés, sont aussi présents sur le territoire. Toutes les communautés de communes (CC) présentent des densités supérieures à celle de la région, variant de 208,1 pour la CC Aubrac, Carladez et Viadène à 704,2 dans la CC Aveyron Bas Ségala Viaur. De même, la densité des pharmacies est satisfaisante. En 2021, l'Aveyron comptait 110 pharmacies d'officine, soit 5,5 % des pharmacies de la région (la population aveyronnaise représente 4,7 % de la population régionale selon le recensement de 2018). Toutes les intercommunalités ont, au moins, une pharmacie d'officine sur leur territoire, même si, avec 24 pharmacies, la communauté d'agglomération de Rodez regroupe 22 % des pharmacies du département, suivie par les communautés de communes les plus urbanisées.

En revanche, comme le montre le tableau détaillé qui suit, les densités sont préoccupantes pour trois autres des professions essentielles à

¹¹ Une analyse en termes d'APL confirme la diversité des données (voir *infra*).

¹² Aucune définition rigoureuse de la notion de soins de premier recours ne fait l'objet d'un consensus ; la définition qu'on peut en retenir est « fonctionnelle », en ce sens que son périmètre peut varier en fonction des questions organisationnelles posées, mais la liste des principales professions qui constituent des points d'entrée dans les soins, n'est pas contestée : médecins généralistes et spécialiste accessibles directement, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes.

l'accès aux soins de premier recours : les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

**Tableau n° 2 : densité des professionnels de santé libéraux
(pour 100 000 habitants, en 2021)**

	Médecins généralistes	Infirmiers libéraux	Densité	
			Masseurs kinésithérapeutes libéraux	Chirurgiens-dentistes libéraux
CC Larzac et Vallées	78,7	488,2	94,5	31,5
CC Monts, Rance et Rougier	63,9	367,4	191,7	31,9
CC de Lévezou Pareloup	93,6	355,7	74,9	37,4
CC Aubrac, Carladez et Viadène	109,0	208,1	79,3	29,7
CC de la Muse et des Rases du Tarn	36,3	417,3	54,4	0,0
CC du Réquistanais	75,7	302,9	75,7	37,9
CC des Causses à l'Aubrac	110,0	233,7	82,5	27,5
CC Aveyron Bas Ségala Viaur	108,3	704,2	90,3	54,2
CC Conques-Marcillac	58,1	240,7	74,7	33,2
CC du Pays de Salars	75,7	315,6	50,5	50,5
CC Comtal Lot et Truyère	97,3	455,6	61,4	41,0
CC Pays Ségali Communauté	61,1	383,4	83,4	22,2
CC Saint Affricain, Roquefort, Sept Vallons	88,0	439,9	119,8	66,0
CC du Plateau de Montbazens	97,5	471,2	97,5	16,2
CC Grand-Figeac *	80,2	290,9	82,5	48,1
CC du Pays Rignacois	53,4	320,1	71,1	17,8
CC Ouest Aveyron Communauté %	62,4	323,2	93,0	47,8
CC de Millau Grands Causses *	78,0	379,7	126,6	78,0
CC Decazeville Communauté	69,8	295,2	80,5	48,3
CA Rodez Agglomération	67,8	324,5	144,4	80,2
Aveyron	76,2	341,2	100,8	50,8
Occitanie	96,9	317,5	145,3	67,0
France métropolitaine	85,2	196,4	104,1	54,7

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS - 2021
Exploitation : CREAI ORS Occitanie

Source : données 2021 du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) retraitées par le centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) et l'observatoire régional de la santé (ORS) d'Occitanie

En 2021, la densité en masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux était assez proche de la moyenne nationale (100,8/100 000 hab. en Aveyron contre 104,1 en France métropolitaine ; 145,3 en région Occitanie) mais ces densités varient de 50,5 pour la communauté de communes du Pays de Salars à 191,7 pour celle de Monts, Rance et Rougier¹³.

De même pour la densité de chirurgiens-dentistes, assez proche en Aveyron de la densité nationale (50,8/100 000 hab. contre 54,7 en France métropolitaine, 67,0 en région Occitanie) : les communautés autour de Rodez

¹³ Ce dernier est d'ailleurs le seul territoire à être relativement plus favorisé du fait d'une densité de MK supérieure à celle de la région. Trois territoires sont plus défavorisés avec des densités inférieures à 65 : CC de la Muse et des Rases du Tarn, CC du Pays de Salars, CC Comtal Lot et Truyère.

et de Millau affichent une densité de chirurgiens-dentistes supérieure aux densités nationale et régionale ; une communauté de communes (de la Muse et des Rases du Tarn) ne compte aucun dentiste, et trois autres¹⁴ ont une densité inférieure à 25, soit deux fois moins que la densité départementale.

B - Une fragilité marquée pour la densité de médecins généralistes

L'Aveyron affiche une densité de médecins généralistes libéraux (ou mixtes) de 76,2/100 000 habitants, contre 85,2 en France métropolitaine et 96,9 en région Occitanie.

À l'échelle infra-départementale, les EPCI présentent des densités très disparates, variant de 36,3 pour la plus faible, dans la CC de la Muse et des Rases du Tarn, à 110 pour la plus élevée, dans la CC des Causses à l'Aubrac.

L'analyse en termes d'accessibilité potentielle localisée (APL), détaillée dans le tableau qui suit, confirme ce constat. Certes, cette analyse est fondée sur des valeurs un peu plus anciennes (compte tenu des délais nécessaires à la consolidation des données) mais elle présente l'avantage de tenir compte de la disponibilité effective des médecins et du potentiel variable de demande de soin de la part des patients en fonction de leur âge. Un niveau d'APL inférieur à 2,5 est souvent considéré comme le signe d'une tension forte sur l'accès aux soins.

En outre, la possibilité de produire des indicateurs paramétrés en ne prenant en compte, par exemple, que les médecins de moins de 65 ans (voir la colonne de droite du tableau) permet « d'anticiper » l'aggravation prévisible à l'horizon de trois ou cinq ans, quand les médecins de plus de 65 ans se seront arrêtés de travailler. Pour l'Aveyron (comme dans de nombreux autres départements), on y trouve la confirmation de la dégradation relative attendue dans l'accès aux soins de médecine générale, au cours des prochaines années. À défaut de mesures d'organisation volontaristes, l'accès aux soins courants, notamment non programmés, dont le médecin généraliste est le pivot, risque de devenir difficile dans de nombreuses parties du département, même avec le progrès que pourrait représenter le déploiement du service d'accès aux soins (SAS) pour les soins non programmés.

¹⁴ CC du Plateau de Montbazens, CC Pays Ségali Communauté, CC du Pays Rignacois.

**Tableau n° 3 : indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)
des médecins généralistes (2018)**

	APL aux médecins généralistes	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans
CC Larzac et Vallées	3,1	2,2
CC Monts, Rance et Rougier	2,9	2,3
CC de Lévézou Pareloup	3,5	2,5
CC Aubrac, Carladez et Viadène	4,1	3,2
CC de la Muse et des Raspes du Tarn	2,4	1,7
CC du Réquistanais	3,5	3,1
CC des Causses à l'Aubrac	3,5	3,1
CC Aveyron Bas Ségala Viaur	4,0	2,9
CC Conques-Marcillac	2,8	2,8
CC du Pays de Salars	3,4	2,8
CC Comtal Lot et Truyère	3,6	3,0
CC Pays Ségali Communauté	3,0	2,9
CC Saint Affricain, Roquefort, Sept Vallons	4,0	3,6
CC du Plateau de Montbazens	3,8	3,7
CC Grand-Figeac *	3,5	3,5
CC du Pays Rignacois	3,5	3,4
CC Ouest Aveyron Communauté *	3,3	2,6
CC de Millau Grands Causses *	3,9	3,4
CC Decazeville Communauté	4,0	3,1
CA Rodez Agglomération	4,1	3,9
Aveyron	3,6	3,2
Occitanie	4,3	3,9
France métropolitaine	3,9	3,5

Sources : SNIR-AM 2018, EGB 2018, CNAM-TS ; populations 2016, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES
Exploitation : CREA-ORS Occitanie

* y compris la partie hors Aveyron de cet EPCI. Les données concernant l'ensemble du département de l'Aveyron ne prennent en compte que la partie aveyronnaise de cet EPCI

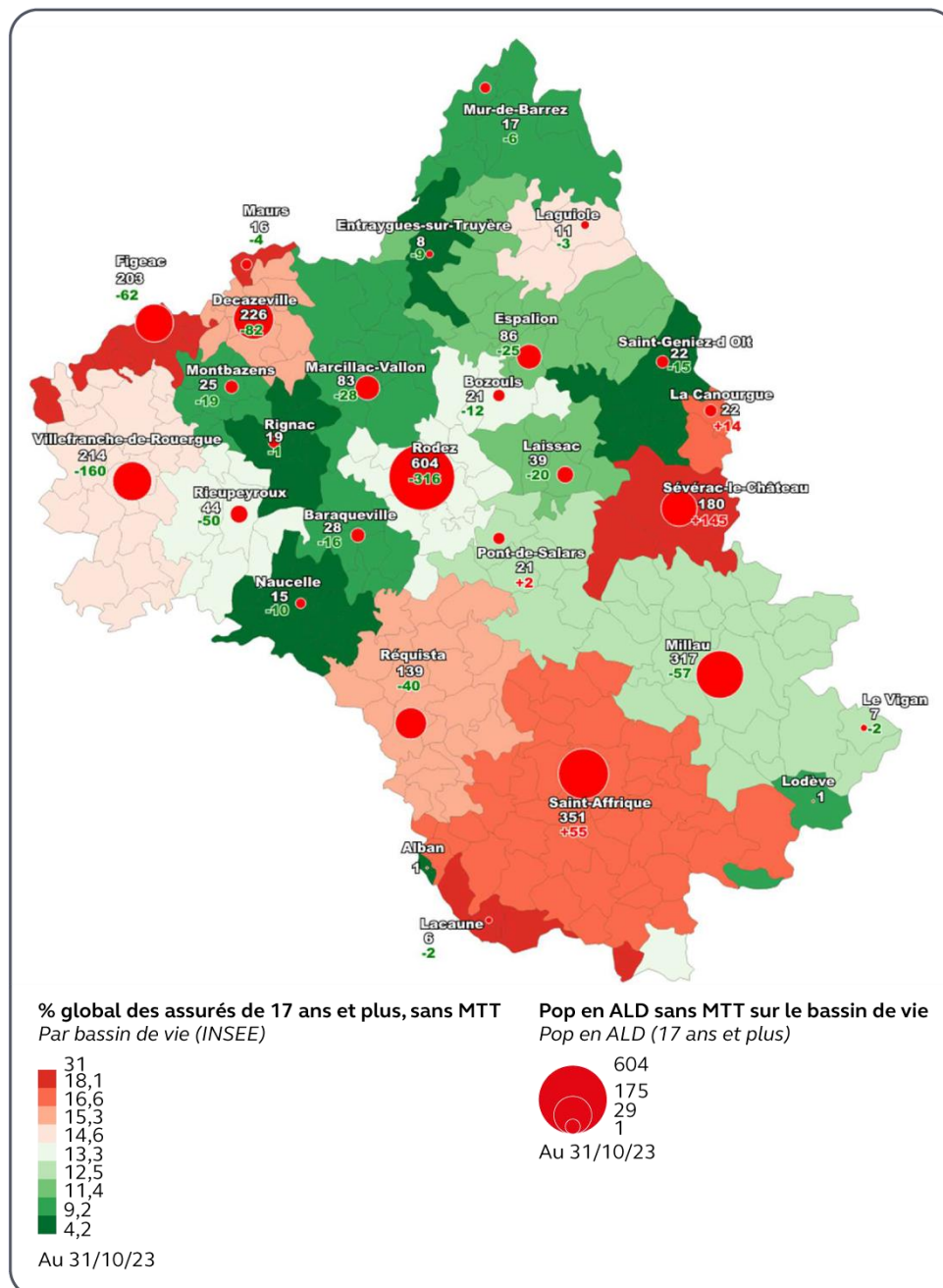
Source : données 2021 du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) retraitées par le centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) et l'observatoire régional de la santé (ORS) d'Occitanie

C - Des signaux d'alerte encore non consolidés

Le cumul de ces analyses permet de commencer à établir une carte des difficultés différentielles rencontrées par les territoires. Plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés, en complément du taux d'APL, en commençant par les taux d'assurés sans médecin traitant.

On observe dans la carte qui suit (établie par la Cpm pour l'année 2022) que les valeurs sont très hétérogènes pour ce taux, de moins de 5 % à plus de 20 % selon les communautés de communes, pour une moyenne départementale de 11 %. Cependant, la carte des territoires les plus fragilisés n'obéit pas à des déterminations simples : le bassin de Decazeville, urbain, est pénalisé pour l'accès aux médecins généralistes, au contraire du plateau rural et enclavé de l'Aubrac, au nord du département.

Carte n° 2 : répartition des assurés sans médecin traitant



Source : caisse primaire d'assurance maladie de l'Aveyron

D'autres indicateurs ont été envisagés pour suivre de manière complémentaire les soins non programmés mais les données correspondantes n'étaient pas disponibles pour l'Aveyron :

- le suivi des taux d'hospitalisations évitables pour suivre de manière complémentaire l'accès aux soins programmés ;
- les taux de passages aux urgences pour des motifs ne demandant pas d'exploration complémentaire, codés CCMU 1, pour analyser l'accès aux soins non programmés.

Dans le cahier national du présent rapport, deux autres indicateurs ont été envisagés pour analyser la plus ou moins forte capacité des professionnels de soins de premier recours à « aller vers » les patients les plus éloignés des soins du fait de leurs fragilités particulières¹⁵ : le taux de personnes (de plus de 50 ans) sans soins de médecine générale dans l'année et le taux de patients sans médecin traitant parmi les bénéficiaires de l'assurance complémentaire santé solidaire (C2S).

Les données transmises par la Cnam de l'Aveyron montrent que le premier indicateur, suivi par bassin de vie, est instructif mais seulement à un niveau assez global (compte tenu de l'effectif souvent faible d'assurés concernés par la C2S dans ces bassins). L'indicateur relatif aux taux de personnes sans contact avec un médecin généraliste, fondé sur un effectif plus significatif, se révèle lui aussi utile (voir en annexe n° 2).

D'autres indicateurs sont suggérés par les documents issus des travaux préparatoires du Projet régional de santé (PRS) pour les années 2023-2028, en particulier la part des patients bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique¹⁶. Dans l'ensemble de la région, selon le PRS, 1,3 million de personnes vivaient, en 2021, avec au moins une maladie chronique, dont des troubles psychiques. Cependant, seulement 33 249 d'entre elles suivaient effectivement un programme. Une décomposition par département et par bassin infra-départemental de cet indicateur serait instructive quant au niveau des actions d'éducation intégrées dans les soins programmés et quant à la qualité de leur ciblage.

¹⁵ Personnes avec handicap, notamment psychique, personnes âgées peu autonomes à leur domicile, enfants dans des familles vulnérables...

¹⁶ La notion de programme peut être entendue de manière large, comme incluant, outre les patients suivis dans le cadre d'un service hospitalier dédié, ceux suivis par une infirmière de santé publique « Asalée » ou ceux qui sont inclus dans les protocoles Sophia voire Prado de la Cnam.

Chapitre II

Des mesures efficaces

mais qui supposent un partenariat

avec les professionnels libéraux

De nombreuses mesures de soutien sont déployées par l'agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie et la Cnam de l'Aveyron, en relation avec celles des collectivités territoriales (I). Elles sont cependant concentrées sur l'appui apporté aux « projets médicaux » établis par des structures de soins coordonnés et n'intègrent pas d'objectif de déploiement d'une offre minimale dans les territoires très carencés en termes d'offre libérale (désignés parfois comme « zones blanches ») (II).

I - Des mesures diverses

Trois types de mesures peuvent être distinguées, qui, toutes, sont mobilisées par l'ARS et par la Cnam : des aides directes aux professionnels de santé pour les inciter à s'installer ou à maintenir leur activité en Aveyron (dans les zones sous-denses) (A), des aides aux structures d'exercice coordonné (B), enfin le soutien à des emplois qui favorisent l'économie de temps médical (C).

A - Les aides directes

L'ARS d'Occitanie a publié en septembre 2019 un document de bilan intermédiaire du plan « Ma santé 2022 », dans lequel il était rappelé que, dans le projet régional de santé 2019-2022, les mesures et les moyens étaient renforcés significativement pour favoriser l'accès aux soins, et ce, dans une logique de partenariat : pour toute la région, 206 étudiants en médecine bénéficiaient d'une bourse d'étude dans le cadre des « contrats d'engagement de service public », 500 internes avaient bénéficié de forfaits pour compenser des frais de transports, un forfait avait été mis en place pour les internes en médecine dans les zones de montagne et pour les maîtres de stage (les deux, pour 200 € par mois, pendant les mois de stage).

Des aides majorées venaient alors d'être mises en place, pour toute installation en exercice coordonné en zone de montagne, en complément des aides à l'installation (40 contrats étaient signalés comme actifs pour une garantie de revenu, dans le cadre du contrat de praticien territorial sur la région ; un nombre non précisé de contrats¹⁷ était encore en cours d'exécution pour les contrats d'aide à l'installation ou à l'exercice coordonné).

B - Le soutien à l'exercice coordonné

Le tableau d'ensemble qui suit, tiré du « portrait de territoire » relatif à l'Aveyron établi en novembre 2022, montre l'importance relative des structures d'exercice coordonné, en l'occurrence les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : 31 étaient en fonctionnement en 2023, présentes dans 11 intercommunalités¹⁸. On décompte une MSP dans neuf communautés de communes et jusqu'à cinq MSP « socles » dans la communauté de communes Aubrac, Carladez et Viadène, mais on relève aussi quatre EPCI sans MSP¹⁹.

¹⁷ L'aide prévue en zone de montagne est versée par l'ARS aux médecins qui s'installent dans une zone hors ZIP, mais située en zone de montagne. Elle ne peut donc être cumulée avec les contrats de l'assurance maladie, réservés aux seuls ZIP.

¹⁸ Les antennes, quant à elles, sont implantées dans neuf EPCI ; les effectifs sont compris entre une antenne dans sept territoires et trois antennes dans les CC Monts, Rance et Rougier et CC Comtal Lot et Truyère.

¹⁹ Dans le cadre des annonces récentes du Gouvernement (engagement de porter le nombre de MSP à 400 sur le plan national) un contingent de MSP supplémentaires est envisagé.

Les autres structures d'exercice coordonné sont beaucoup plus limitées en nombre : on décompte trois centres de santé polyvalents et 22 centres infirmiers. Quant aux communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS, (qui constituent des structures interprofessionnelles de concertation, de coordination et souvent de soutien aux innovations, mais pas de soin), leur maillage était peu avancé en 2022 : deux CPTS étaient conventionnées en décembre 2023 (pour les deux communautés de communes de l'Aubrac²⁰), deux avaient transmis leur projet pour examen à l'ARS, une avait établi sa « lettre d'intention », selon le document de suivi transmis par la Cpm.

Tableau n° 4 : nombre de CPTS²¹, de MSP en 2022

	CPTS en fonctionnement	MSP socles	MSP antennes
CC Larzac et Vallées	0	1	1
CC Monts, Rance et Rougier	0	1	3
CC de Lévézou Pareloup	0	1	0
CC Aubrac, Carladez et Viadène	1	5	0
CC de la Muse et des Rasper du Tarn	0	0	0
CC du Réquistanais	0	1	0
CC des Causses à l'Aubrac	1	1	0
CC Aveyron Bas Ségala Viaur	0	0	0
CC Conques-Marcillac	0	1	1
CC du Pays de Salars	0	1	0
CC Comtal Lot et Truyère	1	3	3
CC Pays Ségali Communauté	0	0	0
CC Saint Affricain, Roquefort, Sept Vallons	0	1	1
CC du Plateau de Montbazens	0	0	1
CC Grand-Figeac	0	3	1
CC du Pays Rignacois	0	0	0
CC Ouest Aveyron Communauté	0	3	0
CC de Millau Grands Causses *	0	4	0
CC Decazeville Communauté	0	1	1
CA Rodez Agglomération	0	2	1
Aveyron	1	29	13
Occitanie	23	252	186
France métropolitaine	Non spé	Non spé	Non spé

Sources : Source : DGOS 2022 - FINESS/EDONISS - 2021- 2022

Source : fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) 2022 de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)

²⁰ La CPTS Nord-Aveyron recouvre 38 communes dans trois EPCI (CC Aubrac, Carladez et Viadène, CC des Causses à l'Aubrac et CC Comtal Lot et Truyère) pour 26 720 habitants, soit près de 10 % de la population du département.

²¹ Depuis lors, une deuxième CPTS a atteint un stade de maturité qui lui a permis d'être signataire de l'accord national. Ce niveau reste faible par rapport au degré d'avancement moyen national). Trois autres en sont au stade de la validation de leur projet par l'ARS (dont une CPTS correspondant au « Grand Rodez »).

Les MSP ont donc fait l'objet d'une attention particulière de la part des financeurs publics et ont mobilisé une part significative des aides à l'investissement en premier lieu, au fonctionnement en second lieu.

Les aides à l'investissement ont été principalement apportées par les collectivités du bloc communal (pour un peu plus de la moitié du coût brut²² global), puis par l'État, qui contribue pour une part significative au total des subventions (au côté des autres collectivités comme la région et le département). Outre le fonds d'intervention régional (FIR), sont mobilisées d'autres formes de cofinancements prévus dans le cadre des politiques contractuelles de l'État²³ (contrats de ville, de ruralité, action cœur de ville, petites villes de demain, contrat de relance et de transition énergétique). En moyenne, les projets conduits par les collectivités sont subventionnés à hauteur de 50 %.

**Tableau n° 5 : répartition des subventions aux projets de MSP
(en milliers d'euros)**

<i>Montant de l'investissement</i>	Département	État	Région	UE	Total des subventions	Part des subventions
41 869	3 968	8 820	3 042	3 089	18 919	45 %

Source : CRC, à partir des éléments du département de l'Aveyron²⁴

Des aides significatives ont aussi été apportées dans la phase de préfiguration et de conception, notamment par l'ARS (sur les crédits du FIR). Après l'entrée en service des bâtiments, des aides sont ensuite apportées au fonctionnement pour les structures éligibles à l'Accord conventionnel interprofessionnel. 21 structures ont ainsi bénéficié d'une aide récurrente moyenne d'environ 300 000 € en 2022.

²² Les loyers ultérieurs réduisent plus ou moins fortement cette dépense brute.

²³ De même pour les apports de la région, issus de divers fonds régionaux (contrats "Bourgs-centres Occitanie", contrats territoriaux Occitanie).

²⁴ Données relatives aux projets financés par le département (avec un principe de cofinancement systématique) consolidées pour la période de 2013 à 2021 : trente et une maisons de santé, cinq cabinets de pratiques coordonnées, cinq antennes et un cabinet dentaire. L'aide versée par le département s'est élevée en moyenne à 94 478 €, pour un montant moyen de projet de 996 884 €. Depuis 2008, le département a ainsi versé 3,9 M€, soit 9 % du montant total des projets financés.

C - Les emplois aidés permettant d'économiser du temps médical

D'autres aides, plus récentes dans leur principe, sont en croissance rapide. C'est en particulier le cas des aides apportées à l'emploi d'assistants médicaux qui se sont élevées au premier semestre de 2023 à 225 475 €, correspondant au soutien à l'emploi de 11 assistants. Seize médecins généralistes avaient signé un contrat, prévoyant un engagement d'accroissement de l'activité en contrepartie de l'aide.

De manière moins ciblée, des emplois salariés d'infirmières de santé publique sont mis à la disposition des médecins par l'association Asalée, qui contribuent à améliorer les prises en charge et à diminuer le besoin de temps médical.

II - Une efficacité contrastée

Les effets globaux de ces diverses aides sont difficiles à apprécier, notamment pour ce qui concerne l'évolution de l'accès aux soins de médecine générale (A). Une analyse plus attentive fait apparaître des effets contrastés selon les territoires : lorsque les interventions peuvent s'appuyer sur les projets de santé élaborés par les professionnels, elle se révèlent efficaces ; en revanche, le risque apparaît de laisser perdurer ou s'aggraver les difficultés d'accès dans des territoires carencés (B).

A - Éléments généraux

Pour apprécier l'efficacité de ces mesures, le point le plus sensible est l'accès aux soins de médecine générale. Plusieurs stratégies indirectes peuvent y contribuer, notamment l'éducation des patients, afin de réduire le nombre des consultations médicalement inutiles. L'ARS d'Occitanie a engagé une réflexion novatrice par bien des aspects sur ce point sans qu'il n'y ait pour le moment de plan d'action systématique et aux effets mesurables.

Une autre manière d'optimiser le temps médical disponible est de favoriser les coopérations entre professionnels de santé. Mais les effets sur le temps médical disponible de ces protocoles ne sont pas connus.

Les efforts destinés à inverser les évolutions démographiques ont des effets assez limités. Le bilan établi par la chambre régionale des comptes (sur les aides du département mais, en réalité, sur l'ensemble des

aides, y compris sur celles de l'ARS), a conclu d'une manière prudente²⁵, à partir des données transmises par les services du conseil départemental (à partir des constats de l'ordre départemental des médecins) : « *s'il est impossible de mesurer l'impact spécifique de la politique du département sur le nombre de médecins présents sur le territoire, il est possible de constater une stabilisation de la démographie médicale. En effet, entre 2013 et 2021, selon le département, 107 médecins généralistes ont cessé d'exercer sur le territoire, 99 généralistes se sont installés. Le solde « installations-départs »²⁶ est donc négatif (- 8). Rapporté au nombre d'habitants, la densité pour 10 000 habitants en Aveyron a diminué de 0,7 point entre 2014 et 2021 (de 8,8 à 8,1), soit la même proportion que la France dans son ensemble (de 9,3 à 8,6) ».*

Les chiffres sont encore moins bons s'agissant des spécialistes : toujours selon les données du conseil départemental, relatifs aux flux d'arrivées et de départs ou de cessations d'activité ; entre 2013 et 2021, 49 ont cessé leur activité et 22 se sont installés depuis. Le solde est donc négatif et le taux de remplacement de 45 % seulement.

B - Des effets différents selon la stratégie retenue ?

Une analyse plus fine, par territoire, semble mettre en évidence des évolutions et des choix différents. Ainsi, dans l'Aubrac, les efforts des communautés de communes ont porté surtout sur la constitution d'un réseau de MSP, fortement médico-centrées, ce qui a permis de stabiliser à un niveau assez élevé la densité des médecins généralistes malgré les contraintes géographiques et les problèmes d'accessibilité. En revanche, les densités relevées dans les trois communautés de communes de la CPTS sont médiocres, s'agissant des infirmières²⁷, des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes (voir *supra*, tableau p. 11).

Dans d'autres territoires, les principales professions de santé sont réparties de façon très hétérogène. Il existe aussi des situations de carence qui traduisent la difficulté à trouver des points d'appui susceptibles de

²⁵ CRC Occitanie, *Département de l'Aveyron*, rapport précité d'observations définitives.

²⁶ Le suivi du nombre de médecins conventionnés avec la Cnam met en évidence une évolution encore plus préoccupante : de 249 en 2013, ce nombre est passé à 225 en 2023 pour les médecins généralistes (- 9,6 %). Quant au nombre de médecins spécialistes conventionnés dans le département, il est passé de 163 en 2013 à 120 en 2023 (soit - 26,4 %).

²⁷ Les infirmières salariées, qui exercent en centres de soins infirmiers, ne sont pas décomptées cependant. Plusieurs centres de soins infirmiers sont présents dans le territoire de la CPTS.

fédérer les professionnels de santé dans leur diversité et d'accueillir étudiants, internes ou remplaçants.

Les résultats ainsi obtenus, inévitablement hétérogènes, sont pour partie le reflet d'une stratégie régionale explicite : « *l'ARS a fait le pari des territoires en Occitanie, en s'appuyant sur les acteurs locaux pour construire les réponses les plus adaptées aux besoins territoire par territoire [...]. Elle fait le choix du partenariat pour la mise en œuvre des mesures* ». L'ARS n'avait donc pas préféré, dans la période couverte par le précédent projet régional de santé (de 2019 à 2022), structurer une politique fondée sur des objectifs propres, incluant la recherche d'une offre « socle », y compris dans des territoires enclavés et carencés.

Les retards constatés dans l'émergence des CPTS comme le très faible développement des centres de santé polyvalents (et ce, malgré la politique régionale annoncée visant au déploiement d'un réseau de centres) et le faible développement des équipes de soins primaires²⁸ constituent autant de traductions de la difficulté d'identifier ou de mettre en place des structures relais dans le département, qui ne soient pas issues de projets portés par les professionnels eux-mêmes.

²⁸ Trois équipes étaient soutenues par l'ARS en 2022. Ces structures, moins exigeantes en termes de coopérations entre professionnelles de santé que des structures d'exercice coordonné, ont pu représenter parfois une formule de transition vers une MSP. Elles peuvent également servir de point d'appui, dans les territoires où les professionnels sont dispersés ou peu désireux de s'engager dans des projets plus ambitieux.

Chapitre III

La définition en cours d'une action plus structurée et plus ambitieuse

Dans la recherche de solutions concrètes aux difficultés croissantes d'accès aux soins de premier recours, les documents récemment publiés en annexes du projet régional de santé (PRS), pour la période de 2023 à 2028, témoignent d'un infléchissement vers une stratégie plus structurée dans ses cibles (I) et dans sa gouvernance (II). Pour autant, dans la phase intermédiaire de mise en place des outils nouveaux, il n'est pas évident que toutes les conditions de réussite soient réunies.

I - Des cibles confirmées et élargies

Deux orientations, sinon complètement nouvelles du moins présentées de manière renouvelée, apparaissent dans le PRS et font l'objet de deux engagements : la recherche d'une régulation de la demande de soins (engagement n° 3) (A) et d'une amélioration de l'accessibilité, placée sous tension de résultat (n° 4) (B).

A - La recherche d'un bon usage des soins

Un des engagements du « PRS 3 » consiste à « *accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé* ». Il est notamment souligné « *qu'une communication en santé claire adaptée au public cible*

doit faciliter la compréhension des attitudes favorables à la santé, la lisibilité de l'offre et son bon usage » (p.65).

Il est également souligné que les « *professionnels des soins primaires ont un rôle majeur pour limiter le poids du gradient social. Le développement de leurs pratiques en exercice coordonné est un facteur favorisant la prise en compte de la démarche préventive. Ils devront être soutenus par l'émergence de dispositifs de coordination, d'aide à l'orientation, d'appui à la gestion des cas complexes* ». De fait, le schéma régional de santé 2023-2028 qui détaille les orientations du PRS, décrit quelques-uns des dispositifs qui devront être soutenus : « *éducation thérapeutique* », « *psychoéducation* », « *pair-aidance* » (p. 51), efforts multiformes de lisibilité des parcours, en particulier à l'intention des personnes âgées, développement d'outils au service des partenariats...

Toutefois, ces objectifs sont peu assortis de cibles quantitatives quant à l'effet attendu : on ne prévoit pas, par exemple, (en tout cas à ce stade) d'interroger des échantillons d'usagers sur leur connaissance des parcours ou sur leurs pratiques d'éducation thérapeutique (dont les diverses modalités ne sont ni décrites, ni *a fortiori* consolidées, dans une mesure globale). Or, la réduction des demandes abusives ou inutiles de soins dépend notamment d'un apprentissage, auprès des professionnels de santé, de la part des patients dont les démarches devraient être mesurées et tracées (on décompterait, par exemple, le nombre de patients ayant fait l'objet d'une proposition de soutien dans la durée ou d'un programme actif).

B - Un accès aux soins placé sous tension de résultats

Un deuxième engagement, pour un meilleur accès aux soins, s'inscrit dans le prolongement des actions antérieures mais selon une formulation renouvelée. Il consiste en effet à déplacer l'accent, des leviers vers les résultats attendus. En effet, selon le PRS « *l'aggravation des disparités d'accès aux soins entre départements avec une situation préoccupante de désertification médicale dans certains départements (09, 32,46) [confirme] ainsi l'intérêt de privilégier la maille départementale et infra-départementale pour appréhender l'accès aux soins* » (p. 67). Il est donc prévu de « *réduire les disparités territoriales, graduer, organiser les ressources au mieux en fonction des caractéristiques de chaque territoire et de son écosystème* ». « *Le soutien de ces dynamiques passe [poursuit le PRS], par l'élaboration de projets de santé globaux dans les départements, à l'échelle des CPTS et des SAS, et incluant les établissements de santé, intégrant notamment les plateformes et les outils de collaboration et associant plus fortement des collectivités territoriales* ».

Cependant, les actions destinées à traduire cette orientation demeurent encore peu précises, dans cette phase initiale de mise en œuvre, et rarement assorties de cibles, en direction des professionnels de santé notamment. Il est ainsi signalé, dans le schéma régional (p. 99), que « *seules 20 % des MSP mettent en œuvre au moins un protocole de coopération* » ; mais bien que des actions incitatives sont prévues, auprès des professionnels, aucune cible quantifiée n'est identifiée, quant à la part de MSP impliquées dans ces protocoles.

II - La recherche d'une gouvernance territorialisée

En direction des collectivités territoriales et en relation avec la Cnam, plusieurs outils ont été successivement déployés par l'ARS pour améliorer les partenariats entre décideurs et financeurs publics, notamment dans le champ des soins de premier recours (A). Ces progrès n'ont cependant pas encore permis d'établir une gouvernance partagée capable de construire un projet territorial et d'en suivre la mise en œuvre, même si les documents publiés dans le cadre du PRS s'efforcent d'aller dans ce sens (B).

A - Des instances de concertation opérationnelles

Pour coordonner les interventions des différents financeurs publics en faveur de l'accès aux soins de premier recours, plusieurs instances ont été progressivement constituées.

Un comité départemental de suivi des exercices coordonnés se tient deux fois par an, en début d'année et à l'automne. Sont réunis à cette occasion l'ARS, la Cnam, la mutualité sociale agricole (MSA), la préfecture, le département, la région, les unions régionales des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, pharmaciens), les conseils départementaux des différents ordres (infirmiers, médecins, masseurs-kinésithérapeutes) et la fédération Occitanie-Roussillon des maisons de santé (FORMS). Ce comité est piloté et animé par l'ARS. Il a notamment pour objectif de contribuer au pilotage de la politique de santé de proximité, de donner son avis et d'approuver les projets d'équipes de soins primaires, les projets de santé et de suivre le fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Il assure le suivi de toute question relevant de la politique locale de santé.

Le PRS 2018-2022 avait envisagé « *une territorialisation de l'action, avec notamment la mise en place d'un dispositif de pilotage et d'une démarche d'évaluation tout au long de sa mise en œuvre* », comme le résume le PRS suivant, en admettant notamment que la pandémie de covid-19 n'a permis que des progrès partiels dans la méthode.

Le PRS pour 2023-2028 a repris cet objectif qui a été traduit en « schémas territoriaux de santé » au niveau départemental (en pratique, territoires de santé, au sens de la « démocratie sanitaire », et département coïncident en Occitanie, et donc en Aveyron). Pour en permettre la déclinaison territoriale, à un niveau infra-départemental, est intervenue en décembre 2023 la signature²⁹ d'un « pacte territorial en santé pour le département de l'Aveyron », pour la durée du PRS (2023-2028). Ce pacte prévoit que seront établis des plans d'actions, ensuite contractualisés avec des « porteurs de projets » (à désigner), mais définit aussi en amont l'association à la démarche des autres financeurs : Cnam et caisse de MSA Pyrénées-Nord, la région Occitanie et le département de l'Aveyron. Il prévoit aussi une consultation périodique du conseil territorial de santé (CTS) sur les objectifs et les progrès réalisés.

B - Des orientations nouvelles à arbitrer

En revanche, les modalités de mise en œuvre de la programmation et du suivi des actions à venir ne sont pas encore claires, en ce sens qu'elles ne permettent pas, à elles seules, de passer d'une logique de moyens à une logique de « mise sous tension de résultats » (la nécessité de cette évolution est reconnue par l'ARS Occitanie, sans que sa traduction opérationnelle, difficile il est vrai, soit réalisée). Cet objectif suppose d'arbitrer plusieurs points qui sont encore flous en l'état.

En premier lieu, il convient de clarifier la carte des territoires de contractualisation. Tant qu'un maillage exhaustif du territoire départemental par des CPTS n'est pas disponible, plusieurs solutions de substitution sont envisageables : on peut considérer les EPCI comme circonscription d'action pertinente (éventuellement, avec leur accord, un regroupement d'EPCI), en admettant que leurs élus ont une mission implicite de coordination de l'action des collectivités, notamment pour l'accès aux soins de proximité. On peut aussi identifier une carte probable

²⁹ En présence de la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Ce pacte préfigure la conclusion de pactes pour l'ensemble des départements de la région.

des futures CPTS et contractualiser avec les équipes de soins primaires (MSP ou ESP) présentes sur ce territoire.

Dans sa réponse au document provisoire, l'ARS indique s'efforcer d'élargir le périmètre des CPTS existantes ou de susciter de nouvelles communautés, dans les territoires non desservis. En l'absence ou en l'attente d'une CPTS, elle envisage de désigner par appel à projets un chef de file (collectivité territoriale, hôpital de proximité...) chargé, sur son territoire, de structurer une offre socle de proximité, en relation avec les professionnels, en lui donnant par contractualisation les moyens d'activer tous les leviers possibles (boîte à outils).

En deuxième lieu, il convient d'établir pour ces différents territoires pertinents un état des lieux des alertes ressenties par les patients, indispensable pour en déduire un plan d'actions prioritaires distinguant, autant que possible, trois volets complémentaires³⁰ et assorti d'indicateurs objectifs (initiaux et en cible, au terme d'une trajectoire pluriannuelle). Il convient donc aussi d'arbitrer le contenu d'un « tableau de bord » sélectif, visant à objectiver un ordre de priorités (en appréciant par territoire et par fonction un niveau de besoin, éventuellement modulé par l'importance des populations exposées aux différents risques d'accès dégradé aux soins de premier recours).

Enfin, un inventaire au moins indicatif des ressources disponibles devrait être réalisé, que ces ressources proviennent des fonds gérés par l'ARS, des ressources des régimes de sécurité sociale ou des crédits d'intervention des collectivités régionale et départementale.

Cet inventaire préalable servirait de base à une contractualisation avec les porteurs de projets qui devrait être globale, par subdivision infra-départementale, pour en garantir la cohérence. Un quatrième arbitrage devra sans doute intervenir sur les modalités de cette contractualisation, qui devrait être à la fois « montante » (en ce sens qu'elle doit être attentive à aider les projets déjà formulés) mais aussi en partie « descendante », pour favoriser³¹ une organisation des soins de premier recours cohérente dans tous ses segments, même sur des points que les acteurs locaux, au niveau infra-départemental, auraient pu sous-estimer.

³⁰ Soins programmés, soins non-programmés et actions « d'aller-vers ».

³¹ La mobilisation des initiatives des offreurs de soins peut alors se faire par appel à projets ou à manifestation d'intérêt, réservé dans un premier temps aux structures d'exercice coordonné ou regroupé, puis, à défaut, à des structures suscitées par les pouvoirs publics, notamment auprès des établissements sanitaires, pour la création de centres de santé ou pour la transformation de centres de soins infirmiers en centres de santé polyvalents.

Bien entendu, le contenu des actions doit répondre aux spécificités de chaque bassin, mais il conviendrait qu'un plan soit, tout particulièrement, établi dans les bassins de vie les plus carencés du point de vue de l'offre de soins de premier recours.

Conclusion générale

L'examen des difficultés croissantes dans l'accès aux soins de premier recours dans le département de l'Aveyron, difficultés qui devraient encore s'accroître en raison des tendances de la démographie médicale au cours des prochaines années, met en évidence certaines limites dans la méthode adoptée pour tenter d'y remédier : le seul soutien aux projets établis par les professionnels de santé libéraux, même regroupés sur une base interprofessionnelle, ne suffit pas, car subsistent des territoires carencés, privés de relais ou de « locomotives ».

Une logique de « socle » ou de filet de sécurité doit donc être déployée, en complément, par les différents acteurs publics et notamment par la caisse primaire d'assurance-maladie (qui peut distribuer des moyens substantiels *via* ses dispositifs conventionnels) mais, pour ce faire, une chaîne de décision doit être identifiée, depuis le repérage des difficultés à l'échelle pertinente des communautés professionnelles territoriales de santé ou, dans une période de transition, d'autres découpages infra-départementaux, jusqu'à la définition de plans d'action prioritaires par territoire puis à des bilans périodiques et à des réajustements, en fonction des premiers retours d'expérience.

Le « PRS 3 » a posé dans ce sens des jalons importants mais il demeure encore insuffisamment précis et opérationnel, ce qui risque d'en entraver l'ambition et la capacité d'entraînement auprès des autres décideurs et financeurs publics, coresponsables, à un titre ou à un autre, de la mise en place d'un accès aux soins de premier recours moins inégalitaire et plus efficace, du point de vue des politiques de santé.

Un travail complémentaire devrait se fixer un objectif de pilotage territorial de l'offre de soins de premier recours, en relation avec la Cnam et le département de l'Aveyron ainsi qu'avec la région Occitanie. Comment peut-on fonder le repérage des actions prioritaires sur quelles subdivisions infra-départementales et à partir de quels indicateurs de besoins, qui peut (et doit) les prioriser, quels outils complémentaires mobiliser dans les territoires les plus carencés ? À ces questions, la démarche engagée par l'ARS, en relation avec les caisses d'assurance maladie (Cnam et Cmasa) et les collectivités, régionale et départementale, a commencé d'apporter des solutions pragmatiques et parfois novatrices. Cependant, la mise en œuvre

d'un pilotage effectif, guidé par la mesure des résultats, suppose une « chaîne » complète, du repérage des priorités à l'analyse du degré d'atteinte des objectifs dans chaque subdivision (les CPTS, en général). Compte tenu de sa complexité et des enjeux, il s'agit d'un chantier de moyen terme.

Liste des abréviations

ACI.....	Accord conventionnel interprofessionnel
ADOPS	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle territorialisée
ARS.....	Agence régionale de santé
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CCCD	Communauté de communes de Châteaubriant-Derval
CCN	Communauté de communes de la région de Nozay
CGCT.....	Code général des collectivités territoriales
CLS	Contrat local de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
CSS	Complémentaire santé solidaire
CTS	Conseils territoriaux de santé
EPCI.....	Établissement public de coopération intercommunale
FIR	Fonds d'intervention régional
GPSRN	Groupement des professionnels de santé de la région de Nozay
LAD-SELA ..	Loire-Atlantique Développement – Société d'équipement de Loire-Atlantique
MG	Médecin généraliste
MMP	Maison médicale pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire
MSP.....	Maison de santé pluriprofessionnelle
MT.....	Médecin traitant
ORS.....	Observatoire régionale de la santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PFA	Patientèle file active
PMT	Patientèle médecin traitant
PRS	Projet régional de santé
PS.....	Professionnel de santé

ROSP..... Rémunération sur objectifs de santé publique
SISA Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNP Soins non programmés
SRS Schéma régional de santé

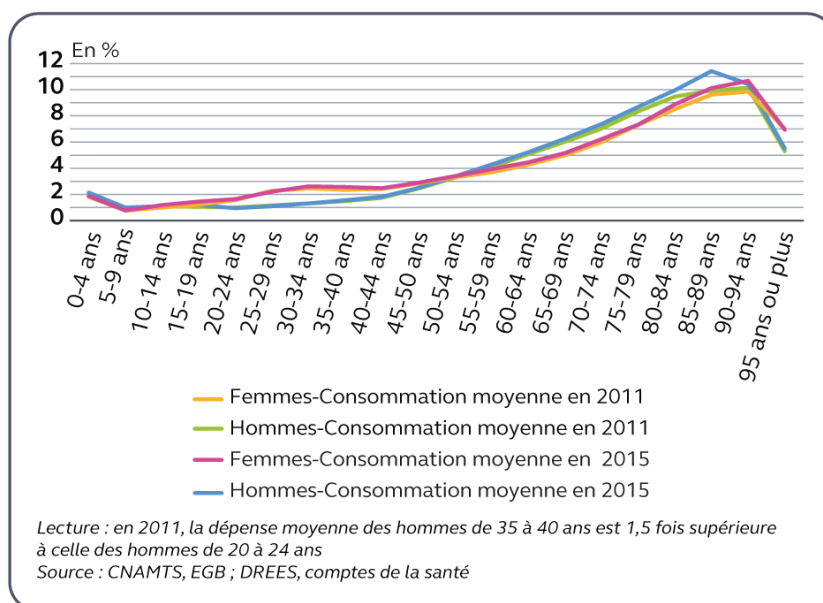
Annexes

Annexe n° 1 : incidence du vieillissement démographique sur les dépenses de santé	44
Annexe n° 2 : quels indicateurs pour la mission « d’aller vers » ?	46
Annexe n° 3 : extraits du document de travail « Mise en œuvre d’un pacte territorial en santé dans le département de l’Aveyron »	Erreur ! Signet non défini.

Annexe n° 1 : incidence du vieillissement démographique sur les dépenses de santé

Comme le démontre la DREES³², en moyenne, les dépenses de santé progressent avec l'âge du fait de la dégradation de l'état de santé. Relativement élevée autour de la naissance, la dépense moyenne diminue ensuite rapidement et se stabilise, avant de progresser à nouveau à un rythme soutenu aux alentours de 50 ans. Au niveau national, en 2015, la dépense moyenne d'un homme âgé de 70 à 74 ans est ainsi près de huit fois plus élevée que celle d'un homme de 20 à 24 ans.

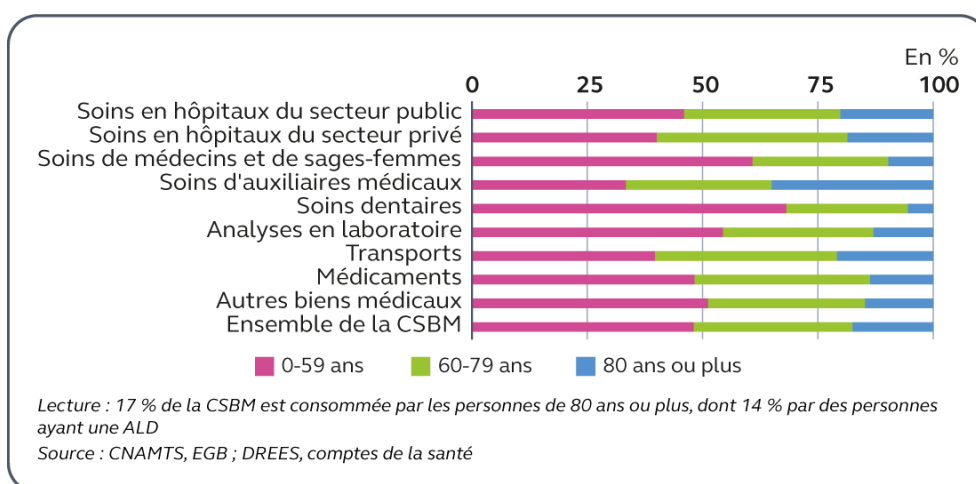
Graphique n° 1 : consommation moyenne de soins par tranche d'âge



Source : échantillon général des bénéficiaires (EGB) de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; DREES, comptes de la santé

Le profil des consommations médicales se modifie lui aussi. La part de la consommation attribuable aux plus de 60 ans atteint même 60 % pour les transports de malades et 67 % pour les soins d'auxiliaires médicaux.

³² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé.

Graphique n° 2 : répartition des dépenses de santé par tranche d'âge

Source : échantillon général des bénéficiaires (EGB) de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; DREES, comptes de la santé

Annexe n° 2 : quels indicateurs pour la mission « d'aller vers » ?

Parmi les missions essentielles que doit exercer l'offre de soins de premier recours, l'une, souvent peu visible, concerne le déploiement d'une offre en direction des personnes les plus éloignées du soin. Sur ce volet, deux indicateurs ont été retenus dans le cahier national, l'un pertinent à un niveau assez global (par exemple au niveau départemental), l'autre susceptible de déclinaisons plus fines, au niveau des territoires de contractualisation (infra-départementaux). Les données recueillies pour l'Aveyron confirment l'utilité de ce double éclairage.

La Cpm a transmis un tableau présentant les taux de patients sans médecin traitant, avec la moyenne « tous assurés » et celle pour les seuls patients vulnérables (identifiés par le bénéfice de la C2S). Cependant, les données sur les écarts ne sont pertinentes qu'à un niveau agrégé. En effet, au niveau des bassins de vie, le nombre de personnes concernées est très faible en général, ne permettant pas de produire des données assez robustes (mais il serait intéressant de tester les données consolidées par CPTS). Seules certaines paraissent significatives (et préoccupantes, ou du moins à expliquer) : pour les bassins de Decazeville où ce taux est de 29 % (pour une population d'assurés en C2S de 1 400 assurés environ), ou de Figeac (taux de 32 % pour une population de 350 personnes en C2S).

L'écart mesuré au niveau du département est de dix points (11 % en moyenne contre 21 % pour les assurés en C2S). Il confirme le constat de la pertinence de cet indicateur sur le plan national.

Un autre tableau, lui aussi transmis par la Cpm, paraît en revanche plus adapté pour repérer de manière précise une moindre couverture par les soins des personnes (cet indicateur ne cible pas d'emblée une forme de vulnérabilité). Le taux de personnes de plus de 50 ans qui n'ont pas eu de soin avec un médecin généraliste pendant l'année paraît constituer un indicateur plus solide comme le montre le deuxième tableau qui suit.

On y lit que les écarts maximaux entre « bassins de vie » vont d'un à trois (et encore, d'un à deux si on écarte la situation exceptionnelle de Pont de Salars). Apparaissent en particulier les situations atypiques des certains territoires ruraux isolés, comme le bassin de Réquista, ou la partie située en Aveyron des bassins de vie de Bédarieux (on note un taux de 29 %), et d'Aurillac. Certes les effectifs concernés y sont très réduits, mais le risque de déni d'accès sans doute avéré.

**Tableau n° 6 : taux de patients de plus de 50 ans
sans soins de médecin généraliste en un an**

<i>Bassin de vie</i>	Assurés de plus de 50 ans ayant consulté un généraliste au moins une fois sur les 12 derniers mois (nov. 2022 à oct. 23)	Pop. protégée CPAM 12 de plus de 50 ans	Part des assurés de 50 ans et plus n'ayant pas eu de soins avec un MG
<i>Rodez</i>	20 421	23 7 01	14 %
<i>Decazeville</i>	7 569	8 638	12 %
<i>Baraqueville</i>	2 393	2 726	12 %
<i>La Canourgue</i>	313	370	15 %
<i>Laissac</i>	1 895	2 149	12 %
<i>Le Vigan</i>	317	370	14 %
<i>Millau</i>	12 222	14 228	14 %
<i>Saint-Affrique</i>	6 907	8 132	15 %
<i>Sévérac-le-Château</i>	1 365	1 575	13 %
<i>Maurs</i>	163	185	12 %
<i>Pont-de-Salars</i>	1 346	1 483	9 %
<i>Figeac</i>	2 710	3 210	16 %
<i>Marcillac-Vallon</i>	3 966	4 589	14 %
<i>Naucelle</i>	1 841	2 103	12 %
<i>Bozouls</i>	1 147	1 278	10 %
<i>Lacaune</i>	183	225	19 %
<i>Lodève</i>	75	93	19 %
<i>Hors département ou Insee inconnu</i>	1 045	1 459	28 %
<i>Bédarieux</i>	12	17	29 %

<i>Bassin de vie</i>	Assurés de plus de 50 ans ayant consulté un généraliste au moins une fois sur les 12 derniers mois (nov. 2022 à oct. 23)	Pop. protégée CPAM 12 de plus de 50 ans	Part des assurés de 50 ans et plus n'ayant pas eu de soins avec un MG
<i>Alban</i>	41	46	11 %
<i>Laguirole</i>	637	731	13 %
<i>Montbazens</i>	1 578	1 779	11 %
<i>Saint-Geniez-d Olt</i>	1 468	1 703	14 %
<i>Espalion</i>	4 189	4 714	11 %
<i>Entraygues-sur-Truyère</i>	835	944	12 %
<i>Aurillac</i>	34	46	26 %
<i>Mur-de-Barrez</i>	1 449	1 664	13 %
<i>Réquista</i>	3 047	3 610	16 %
<i>Rieupeyroux</i>	1 897	2 241	15 %
<i>Rignac</i>	1 341	1 575	15 %
<i>Villefranche-de-Rouergue</i>	8 830	10 451	16 %
<i>Aveyron</i>	91 236	106 035	14 %

Source : système national des données de santé