

Introduction

La région Centre-Val de Loire (RCVDL) compte 2,58 millions d'habitants au 1er janvier 2018, avec une densité de 66 habitants au km. Cette densité connaît de fortes variations territoriales, avec notamment une concentration de la moitié de la population régionale sur l'axe ligérien. En 2021, alors que la région concentre 3,8% de la population nationale, les médecins inscrits à l'ordre en RCVDL (quel que soit leur mode d'exercice) ne représentent que 2,9% des médecins exerçant en France.

En 2021, la région comptait 1751 médecins spécialistes libéraux (hors médecine générale) dont 1 278 libéraux exclusifs et 473 en exercice mixte, soit une densité de 49,81 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 63,75 pour 100 000 hab. Une accentuation de ces difficultés est à prévoir, puisque la moyenne d'âge des médecins spécialistes libéraux est en RCVDL de 54,8 ans, et la part des plus de 55 ans est de 56%. Les médecins retraités actifs en France représentent 10% des actifs réguliers et 8% de l'activité totale. Ces proportions s'élèvent jusqu'à 19% et 15% dans le Cher, et seulement 5% et 4% en Indre-et-Loire.

En outre, la RCVDL est la 2^e région qui a connu la plus forte variation négative du nombre de médecins en activité régulière entre 2020 et 2021 (-0,9%), après la Corse (toutes spécialités et tous modes d'exercices confondus). A l'échelle départementale, le Cher accuse la plus forte baisse et l'Indre et Loire est le seul département à voir une stabilité de ses effectifs. La densité médicale de spécialistes en activité régulière (hors médecine générale, tous modes d'exercice) a baissé en RCVDL de 5,4% entre 2010 et 2020, avec de grandes inégalités départementales : une variation de -21,6% pour le Cher, -19,5% pour l'Indre, -10,3% dans le Loiret, -8,3% dans le Loir et Cher, -8% pour l'Eure-et-Loir, et 3,9% pour l'Indre et Loire. Cette répartition des professionnels de santé participe aux difficultés d'accès aux soins des populations sur leurs lieux de vie.

L'offre de soins libérale de second recours se caractérise par des inégalités territoriales fortes qui risquent de s'accroître avec les vagues de départ en retraite à venir. Les liens entre l'ambulatoire et les établissements de santé publics et privés restent à consolider sinon à créer pour répondre collectivement à cet enjeu. Plusieurs leviers ont un impact sur cette offre de soins et sa répartition géographique, qu'il conviendrait de mobiliser simultanément pour agir rapidement et efficacement sur ces problématiques urgentes : formation des médecins, développement et répartition des terrains de stages ambulatoires sur des territoires en difficulté, déploiement de dispositifs axés sur la médecine de spécialité hors médecine générale (Equipes de Soins Spécialisées (ESS), consultations avancées, assistants partagés...), mesures incitatives ciblées sur les médecins spécialistes autres que la médecine générale, développement de la télémédecine dans le cadre conventionnel, et dans le respect d'une territorialité permettant une prise en charge post-expertise si nécessaire...

La RCVDL a été pionnière dans le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui couvrent au 1^{er} juillet 2022 plus de 95% de son territoire. Le choix a donc été fait de mener cette étude à l'échelle des CPTS, afin de s'appuyer sur la pertinence, la légitimité et la représentativité de ces organisations sanitaires ; elles seront le cadre idéal pour concrétiser des actions de santé publiques issues de cette étude.

L'accessibilité aux soins n'est pas exclusivement liée à la proximité des professionnels de santé, ni à leur densification systématique. Ayant conscience que les inégalités socio-territoriales de santé dépendent de logiques qui débordent largement le champ de la santé, cette étude cherche à mesurer le recours aux soins de spécialités hors médecine générale en RCVDL, notamment en identifiant les zones de sous-recours et de sur-recours en comparant les territoires aux moyennes nationales.

Matériels et méthodes

Données

Cette étude rétrospective est réalisée avec des données des bases du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) et du DCIRS-PMSI. L'extraction a été effectuée par la Direction de la Coordination de la Gestion du Risque (DCGDR) CVDL.

L'extraction des résultats à l'échelle régionale est réalisée via les bases de données du DCIRS-PMSI. Cette base contient l'ensemble des données relatives à l'activité libérale des professionnels de santé (soins de ville et activité en établissement privé), et permet aussi l'utilisation du PMSI, ouvrant l'accès aux actes et consultations externes réalisés en établissement public. Ceci afin d'étudier l'ensemble du recours aux soins, auprès de praticiens libéraux et en établissement de santé public. Les données nationales s'obtiennent via le SNIIRAM.

Plusieurs catégories de données ont été extraites :

- L'ensemble des soins des assurés résidant en région, par sexe et âge, réalisés en libéral (DCIRS-PMSI et SNIIRAM) et les actes et consultations externes (DCIRS-PMSI uniquement)
- L'activité des médecins spécialistes libéraux par commune d'exercice (nombre d'actes réalisés), pour chaque spécialité, avec l'âge et le sexe des médecins (DCIRS-PMSI en région et SNIIRAM en France métropolitaine)
- L'activité des établissements publics via les actes et consultations externes par commune d'exercice (nombre d'actes réalisés), pour chaque spécialité (DCIRS-PMSI en région)
- L'ensemble des soins des assurés de France métropolitaine, par sexe et âge, en activité libérale (SNIIRAM)

Après extraction des résultats, les données suivantes ont été supprimées :

- Patients âgés de + 100 ans (aucune donnée INSEE pour ces âges afin de calculer les taux de recours référentiels),
- Sexe du patient non renseigné en base,
- Communes du patient non rattachées à une CPTS de la région.

Ces données permettent de quantifier le recours aux soins de spécialités en fonction de l'âge et du sexe des patients, quelle que soit la commune d'habitation et quel que soit le lieu de consultation (France métropolitaine). Elles permettent de mesurer l'activité des professionnels de santé en tenant compte des bassins de patientèle hors région (afin de diminuer les biais liés aux effets de frontières en marge de la RCVL).

La crise sanitaire de la COVID-19 ayant eu des impacts importants sur le volume de consultations des médecins, toutes spécialités confondues, l'étude analyse la consommation de soins durant l'année 2019 des assurés de la région Centre-Val de Loire résidant en région.

Spécialités analysées

Cette étude s'est intéressée dans un premier temps à une sélection de 14 spécialités, identifiées par un groupe de travail constitué de la DCGDR et l'URPS-ML dans le cadre de la CPR Médecin. Le choix a été fait de retenir les spécialités le plus courantes en termes de consommation de soins, des spécialités en accès direct, des spécialités de second recours, ainsi que des spécialités ciblant une population particulière : pathologies cardio-vasculaires, dermatologie-vénérologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, gynécologie obstétrique, hépato-gastro-entérologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, rhumatologie, ophtalmologie, néphrologie, endocrino-diabétologie, gynécologie médicale, gynécologie médicale et obstétrique.

Depuis 1986, les spécialités de gynécologie médicale et gynécologie obstétrique sont remplacées par le DES unique de "gynécologie-obstétrique". Les chiffres concernant la gynécologie médicale, gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et obstétrique sont donc à analyser en tenant compte de cette évolution : le recours aux soins de gynécologie est scindé en trois, avec des profils de territoires qui varient en fonction de la date de diplôme des professionnels installés, et des spécificités de leurs exercices. La distinction de la gynécologie médicale permet également de fournir un marqueur intéressant dans un contexte où la pénurie de gynécologues médicaux reporte sur les sages-femmes (dont la démographie est déjà fragile par ailleurs) une partie du suivi gynécologique.

Calcul de l'indice comparatif de consommation

Plusieurs méthodes existent pour estimer les besoins de soins de la population, certains ciblant spécifiquement les soins de spécialité hors médecine générale. Afin d'étudier le recours aux soins de spécialité (hors médecine générale) en RCVL, et d'identifier les zones où le sous-recours est le plus important, nous avons calculé l'indice comparatif de consommation (ICC) de chaque spécialité. L'ICC est calculé en comparant le nombre d'actes observés au nombre d'actes attendus au vue de la composition par âge et par sexe de la population, à l'échelle de chaque CPTS. Un taux de recours par âge et par sexe à l'échelle de la France métropolitaine est calculé pour chacune des spécialités étudiées, puis appliqué à la population de chaque CPTS pour calculer le nombre d'actes attendus.

L'ICC permet d'objectiver un sur-recours ou sous-recours pouvant se traduire par un manque de consultations offertes, puis de corrélérer ce manque d'actes réalisés à l'activité moyenne des professionnels de santé pour définir un nombre théorique de médecins « manquants » pour répondre aux besoins de soins de la population.

Un premier ICC a été calculé avec une standardisation régionale (pour l'activité libérale d'une part, et pour l'activité publique d'autre part), car il s'agit de comparer les territoires de RCVL entre eux et d'identifier les zones où le sous-recours est le plus important.

Pour estimer le nombre de consultations manquantes en RCVL, nous avons calculé un ICC standardisé sur la population de France Métropolitaine (FRM), afin d'objectiver la situation de la RCVL par rapport aux autres territoires français.

Flux de patientèle

Nous avons ensuite cherché à quantifier la part des fuites dans la consommation de soins de spécialité, en :

- Mesurant la part de consommation intra-CPTS
- Mesurant la part de consommation intrarégionale (certaines CPTS n'ayant pas de médecin spécialiste)
- Mesurant la part des fuites hors région

Estimation des professionnels de santé manquants

Le nombre théorique de professionnels de santé manquants pour répondre aux besoins de soins de la population a été calculé en rapportant le nombre d'actes manquants (différentiel entre la consommation observée et la consommation attendue) à la moyenne d'activité régionale des professionnels de santé.

Cartographie des données et analyse statistique

La méthode de discréétisation de Jenks a été retenue, car elle permet de créer des classes homogènes, c'est-à-dire de regrouper les CPTS dont les profils de recours aux soins de spécialité se ressemblent, en minimisant la variance intra-classe et maximisant la variance inter-classe.

Pour le calcul de l'ICC, le test d'homogénéité entre facteurs de Breslow-Day, applicable à de grandes populations a été utilisé, et permet de confirmer la significativité du ratio standardisé sur l'ensemble du territoire régional, à l'échelle des CPTS.

Résultats

De fortes disparités territoriales d'accès aux soins de spécialités

De fortes disparités d'accès aux soins en secteur libéral et en secteur hospitalier sont à noter sur l'ensemble de la RCVDL (tableau I). Pour le recours libéral, l'écart entre l'ICC le plus faible (CPTS d'Issoudun) et l'ICC le plus élevé (CPTS Nord Touraine) est de 47,1 points ; pour le recours hospitalier, l'écart est de 97,5 points, la CPTS d'Issoudun ayant un ICC 2,5 fois plus élevé que la CPTS Nord Touraine. Il est intéressant de noter que ces positions sont exactement inversées entre le recours privé et le recours public. Ainsi, dans la CPTS d'Issoudun, le recours aux soins libéraux est inférieur de 30 % à ce qui est attendu, et supérieur de 66% en établissement public. Dans la CPTS Nord Touraine, le recours aux soins libéraux est supérieur de 21% à l'attendu, et inférieur de 31% en établissements publics.

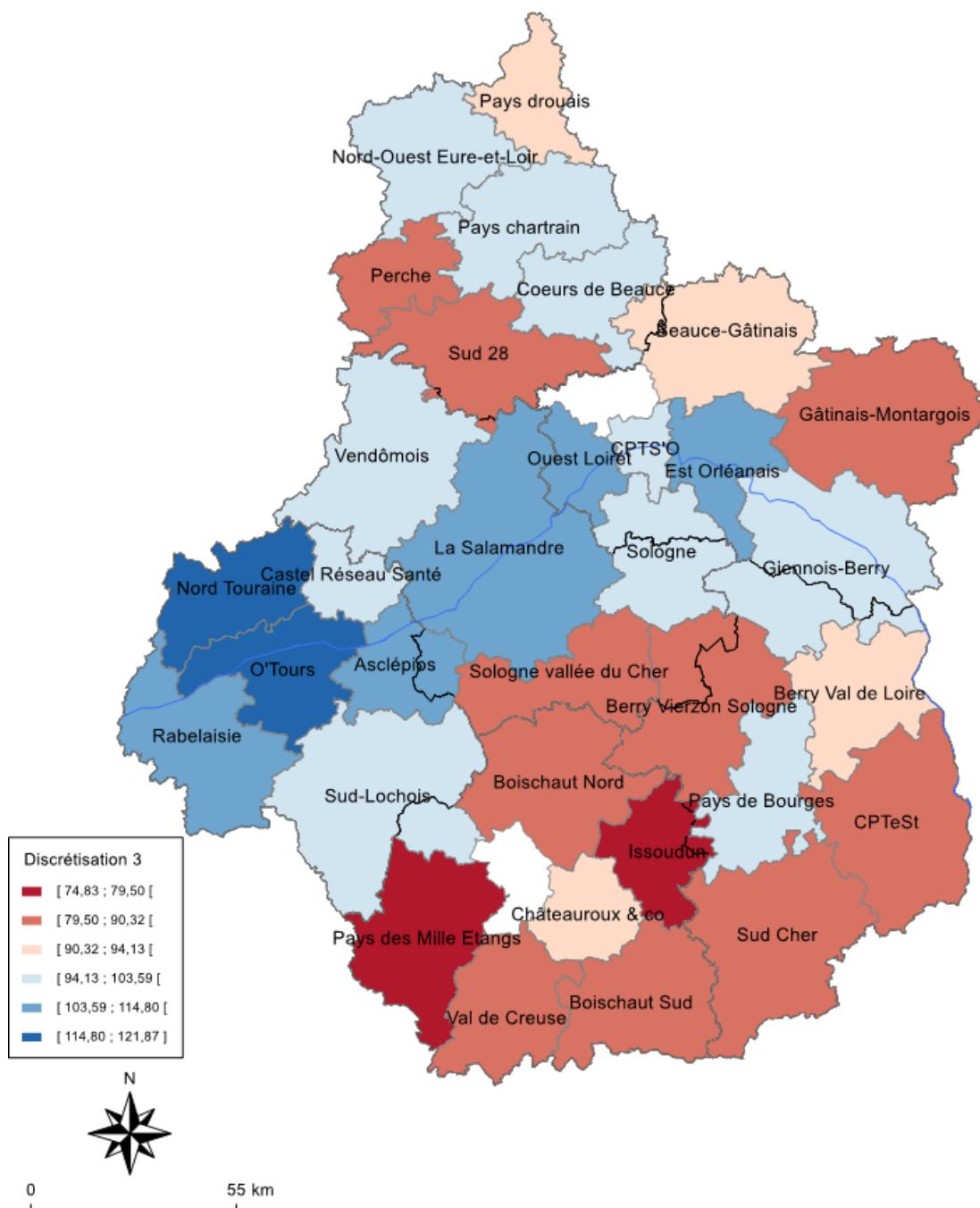
Lorsque l'on prend les 6 ICC les plus bas et les ICC les plus élevés, cette inversion se constate pour 50% des CPTS (Issoudun, Pays des Mille Etangs, Berry Vierzon Sologne, Ouest Loiret, Est Orléanais et Nord Touraine).

Tableau I
Comparaison des ICC des CPTS de RCVDL pour le recours aux soins en établissement public et en cabinet de ville

CPTS du bénéficiaire	Standardisation régionale		Standardisation nationale
	ICC recours aux soins en secteur hospitalier	ICC recours aux soins en secteur libéral	ICC SNIIRAM
Asclépios	115,7	107,0	92,2
Beauce-Gâtinais	100,6	91,5	79,5
Berry Val de Loire	74,6	92,6	80,9
Berry Vierzon Sologne	131,6	83,7	74,4
Boischaut Nord	96,5	84,9	72,3
Boischaut Sud	92,0	84,1	73,8
Castel Réseau Santé	105,0	102,6	87,3
Châteauroux & Co	120,6	92,2	81,7
Cœur de Beauce	89,3	99,4	84,4
CPTeSt	86,6	86,3	77,4
CPTS'O	86,1	102,7	93,6
Est Orléanais	74,7	111,4	92,9
Gâtinais-Montargois	107,9	86,1	77,1
Giennois-Berry	79,7	94,9	82,2
Issoudun	166,4	74,8	62,1
La Salamandre	107,5	109,5	95,0
Nord Touraine	68,9	121,9	105,6
Nord-Ouest Eure-et-Loir	128,7	96,7	84,3
O'Tours	82,8	118,2	107,8
Ouest Loiret	80,6	108,4	90,7
Pays chartrain	82,2	101,6	90,6
Pays de Bourges	97,7	96,3	86,1
Pays des Mille Etangs	149,3	76,6	67,4
Pays drouais	154,3	93,3	85,2
Perche	140,7	86,3	75,5
Rabelaisie	92,7	104,5	101,3
Sologne	92,4	98,5	82,9
Sologne vallée du Cher	118,2	86,9	75,4
Sud 28	114,0	89,2	77,7
Sud Cher	94,2	82,4	73,1
Sud-Lochois	155,5	97,2	88,9
Val de Creuse	113,3	85,7	75,5
Vendômois	81,4	101,7	88,4

Ces différences de consommation se traduisent différemment sur le territoire régional. Au niveau de l'offre libérale (carte 1), les CPTS ayant un ICC dans la moyenne ou supérieur à l'ICC régional se situent majoritairement sur l'axe ligérien. S'y ajoute une forte dichotomie entre le Nord et le Sud de RCVDL, 69% des CPTS ayant un ICC Inférieur à la moyenne se situant au sud de la Loire.

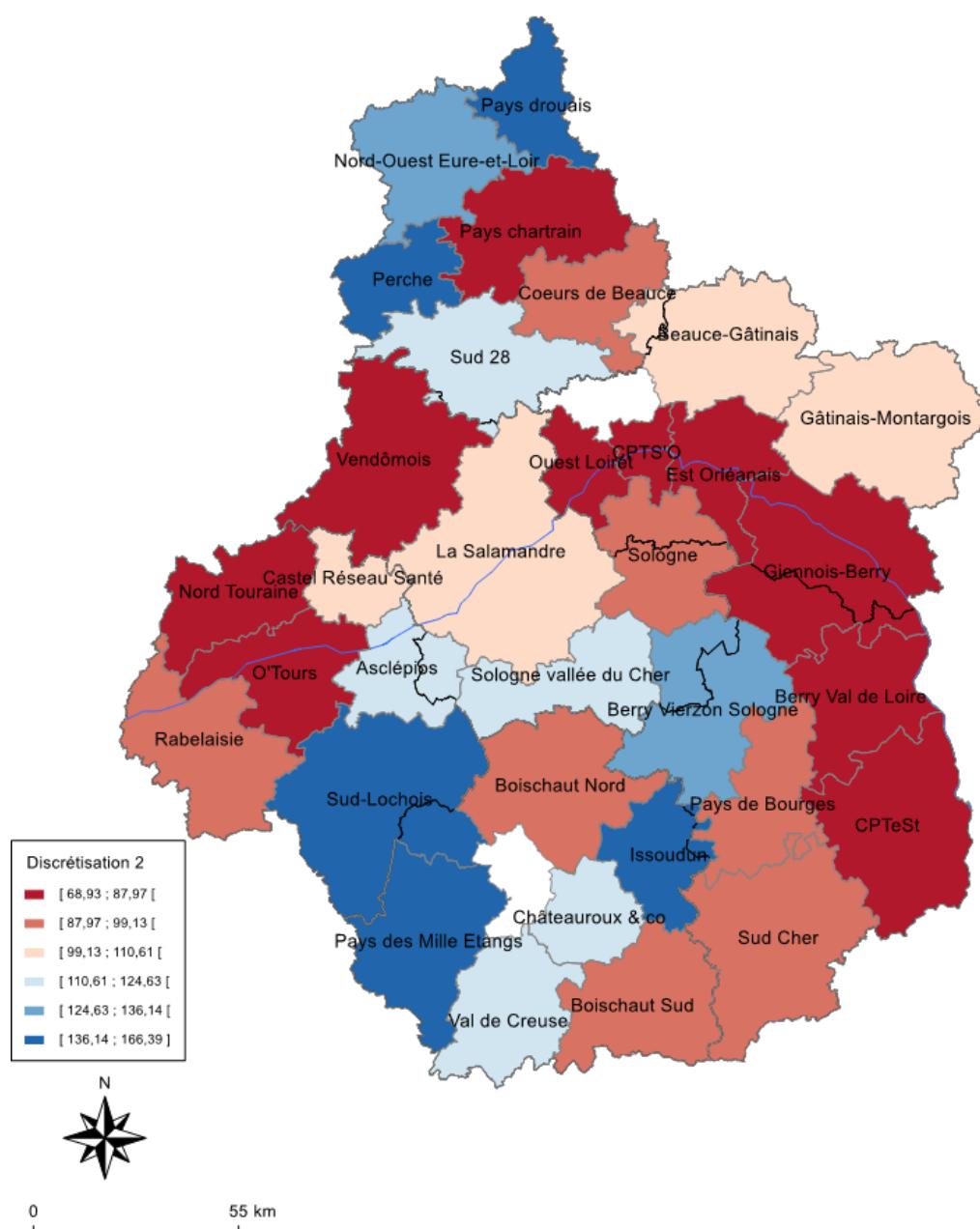
**carte 1 : ICC des soins de spécialités (hors médecine générale)
dans les CPTS de région CVDL**
Activité libérale - standardisation régionale



Sources : ICC DCIRS LIB 2019

La géographie est presque inversée pour le recours aux soins en établissement de santé public (carte 2) : les chefs-lieux de département et l'axe ligérien ressortent comme des pôles de consommation où l'ICC est inférieur ou égal à la moyenne régionale (à l'exception de Blois et Châteauroux, ayant des ICC de 107,5 et 120,6).

**carte 2 : ICC des soins de spécialités (hors médecine générale)
dans les CPTS de région CVDL**
Actes et consultations externes - standardisation régionale

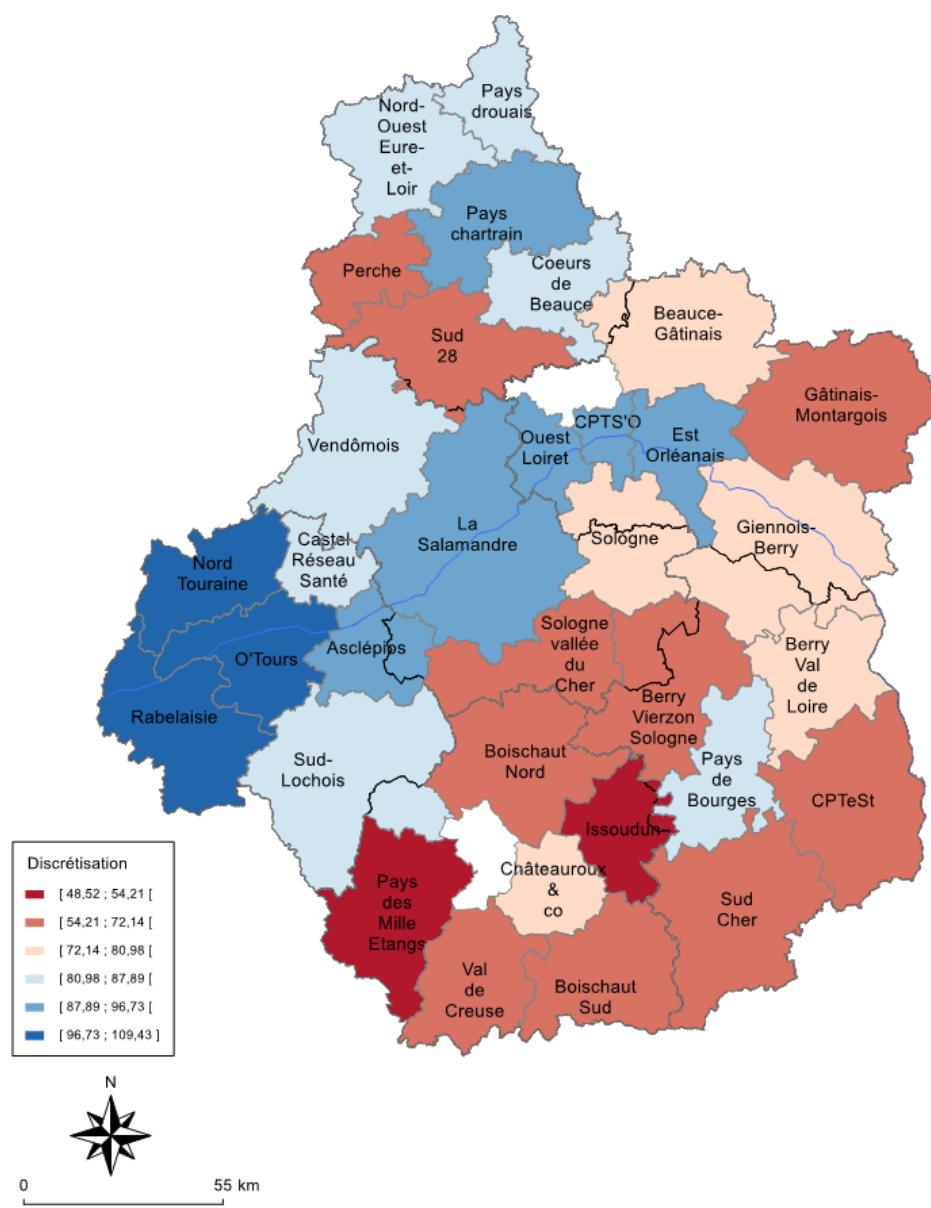


Source : DCIRS ACE 2019

Un sous-recours global aux soins de spécialité libéraux

Une très grande majorité du territoire se situe en sous-consommation par rapport à la moyenne française (30 CPTS sur 33, pour 91,3% de la superficie régionale), qui représente 81% de la population régionale (tableau I). L'axe ligérien dessine, pour grande partie, une géographie du recours aux soins libéraux (carte

carte 3 : ICC des soins de spécialités (hors médecine générale)
dans les CPTS de région CVDL
Activité libérale - standardisation nationale



Sources : SNIIRAM 2019

3) : les 3 CPTS ayant un recours supérieur ou égal au recours attendu se situent toutes sur cet axe (CPTS Rabelaisie, Nord Touraine et O'Tours), ainsi que les 8 CPTS ayant l'ICC le plus élevé.

L'ICC moyen de la région est de 88,9. Les 3 CPTS ayant un recours aux soins de spécialité supérieur à la moyenne française ont un ICC compris entre 101,3 et 107,8 ; elles se situent donc davantage dans la moyenne française qu'en réel sur-recours.

Un déficit chronique de médecins libéraux de spécialités autres que médecine générale

Le recours « manquant » en soins de spécialité libéral pour les spécialités étudiées est de 866 679 prestations. Sachant que l'activité moyenne des médecins spécialistes de la région Centre-Val de Loire est de 3 467 actes par an, il manquerait donc 250 médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire pour répondre aux besoins de consommation de la population dans ces spécialités. On comptait en 2019 un total de 989 médecins libéraux pour ces spécialités, ce manque représente donc un déficit de 25% de médecins, variable en fonction des spécialités (tableau II).

Tableau II

ICC, actes manquants et activité moyenne des Professionnels de santé libéraux pour les spécialités médicales étudiées

Libellé spécialité	ICC - SNIIRAM	Nb actes observés SNIIRAM	Nb actes attendus SNIIRAM	Actes manquants CVDL	Activité moyenne PS Libéraux (Au moins 100 actes)	PS libéraux manquants	Ratio pour 50 postes d'internes	Ratio pour 16 postes d'internes
Pathologie Cardio-Vasculaire	91,0	665 198	730 897	65 699	3 086	21	4	1
Dermatologie Et Vénérologie	83,4	348 772	418 201	69 429	4 002	17	3	1
Radiodiagnostic Et Imagerie Médicale	89,0	2 480 826	2 785 891	305 065	4 053	75	15	5
Gynécologie Obstétrique	95,3	448 123	470 045	21 922	3 167	7	1	0
Gastro-Entérologie Et Hépatologie	85,3	204 192	239 508	35 316	2 142	16	3	1
Oto-Rhino-Laryngologue	86,7	298 549	344 174	45 625	3 425	13	3	1
Pédiatrie	75,4	257 879	342 141	84 262	3 038	28	6	2
Pneumologie	85,0	149 003	175 239	26 236	3 538	7	1	0
Rhumatologie	80,1	218 853	273 108	54 255	4 073	13	3	1
Ophtalmologie	96,5	1 767 685	1 832 050	64 365	7 427	9	2	1

Maïeutique	94,5	349 738	370 135	20 397	1 620	13	3	1
Néphrologie	137,7	172 892	125 556	-47 336	6 149	0	0	0
Endocrinologie Et Métabolismes	88,5	69 899	78 948	9 049	2 278	4	1	0
Gynécologie Médicale	49,2	63 133	128 192	65 059	3 221	20	4	1
Gynécologie Obstétrique Et Gynécologie Médicale	133,0	44 653	33 577	-11 076	5 195	0	0	0
Région	88,7	7 539 395	8 347 662	808 267	3 761	243	50,00	16,00

Un cumul des difficultés dans certains territoires

Le tableau III présente le taux de consommation intrarégional, et le taux de consommation intraCPTS, pour le recours aux soins hospitaliers et pour le recours aux soins libéraux.

Les coefficients de corrélation entre l'ICC et le taux de consommation intrarégionale d'une part, et le taux de consommation intraCPTS d'autre part, sont non significatifs quel que soit le mode de consultation : $r=0,24$ et $r=0,29$ pour le recours aux soins hospitaliers, et $r=0,47$ et $r=0,17$ pour le recours aux soins libéraux.

Les taux de consommation intraCPTS connaissent des variations plus fortes que les taux de consommation intrarégional : l'écart entre les taux les plus bas et les taux les plus élevés est respectivement de 99,1 points contre 45,8 pour le secteur hospitalier et de 94,7 points contre 46,7 points pour le secteur libéral. Des CPTS n'ont pas de médecin spécialiste hors médecine générale, la consommation de soins de second recours sur leur territoire est nulle. A l'inverse, 99,1% de la population de la CPTS O'Tours ayant eu recours à un médecin spécialiste hors médecine générale, a consulté sur le territoire de sa CPTS.

Les 6 CPTS ayant le taux de recours intraCPTS le plus élevé sont celles des Préfectures, tant pour le recours libéral que pour le recours hospitalier (à l'exception pour l'hôpital, de la CPTS du Pays Drouais qui remplace celle du Pays Chartrain, pourtant siège de l'établissement porteur du GHT).

Si l'on regarde, pour chacune des régions limitrophes de RCVL, les CPTS qui ont les taux de fuite hors région les plus importants, il s'agit dans tous les cas de CPTS limitrophes à d'autres régions (tableau III). Pour le recours hospitalier, 37% des patients de la CPTS Cœur de Beauce sont allés consultés en Ile de France, 33% de ceux de la CPTeSt sont allés consultés en Bourgogne-Franche Comté (BFC), 25% des patients de Boischaut Sud en Nouvelle-Aquitaine. Pour le recours aux soins libéraux, 20% des patients de la CPTS Sud Cher ont consommé des soins en Auvergne-Rhône-Alpes, 41% des patients de CPTeSt et Berry Val de Loire en BFC, 29% de Beauce-Gâtinais en Ile de France, 43% de Pays des Mille Etangs en Nouvelle Aquitaine et 15% des patients de la CPTS du Perche en Pays de Loire.

Tableau III
Taux de consommation intraCPTS et intrarégionaux, et principales régions de consommation de soins hors RCVDL

CPTS du bénéficiaire	Recours aux soins hospitalier				Recours aux soins libéral			
	Tx de cons ¹ . intra CPTS	Tx de cons. Intra régional	Région principale de fuite (Et Tx de cons.)	ICC DCIRS soins hospitaliers	Tx de cons. intra CPTS	Tx cons. Intra régional	Région principale de fuite (Et Tx de cons.)	ICC DCIRS soins libéraux
Asclépios	62,6	97,7	Ile de France (1,1)	115,7	43,5	97,6	Ile de France (1,3)	107,0
Beauce-Gâtinais	62,3	81,5	Ile de France (17,7)	100,6	30,1	69,8	Ile de France (31,4)	91,5
Berry Val de Loire	0,0	79,8	Ile de France (10,1)	74,6	1,6	53,9	Bourgogne-Franche-Comté (43,4)	92,6
Berry Vierzon Sologne	79,3	98,8	Ile de France (0,7)	131,6	44,7	95,1	Ile de France (3,3)	83,7
Boischaut Nord	0,0	92,4	Nouvelle Aquitaine (3,7)	96,5	0,0	93,8	Nouvelle-Aquitaine (4,3)	84,9
Boischaut Sud	7,1	66,6	Nouvelle Aquitaine (25,8)	92,0	33,0	78,5	Auvergne-Rhône-Alpes (15,5)	84,1
Castel Réseau Santé	0,0	97,8	Ile de France (1,5)	105,0	10,4	98,0	Pays de la Loire (0,7)	102,6
Châteauroux & Co	94,9	96,4	Nouvelle Aquitaine (2,9)	120,6	76,3	88,5	Nouvelle-Aquitaine (12,1)	92,2
Cœur de Beauce	0,0	60,8	Ile de France (37,6)	89,3	15,4	79,1	Ile de France (24,7)	99,4
CPTeSt	0,0	53,6	Bourgogne Franche Comté (33,2)	86,6	5,9	51,3	Bourgogne-Franche-Comté (40,2)	86,3
CPTS'O	98,4	98,8	Ile de France (0,9)	86,1	90,6	94,5	Ile de France (3,2)	102,7
Est Orléanais	0,0	93,4	Ile de France (4,9)	74,7	20,3	95,1	Ile de France (3,6)	111,4
Gâtinais-Montargois	86,9	90,2	Ile de France (8)	107,9	74,4	81,6	Ile de France (17,1)	86,1
Giennois-Berry	71,6	92,9	Ile de France (4,9)	79,7	38,2	80,4	Bourgogne-Franche-Comté (18,2)	94,9
Issoudun	73,4	97,3	Nouvelle Aquitaine (1,4)	166,4	17,4	92,5	Ile de France (4,4)	74,8

¹ Taux de consommation

La Salamandre	94,2	99,1	Ile de France (0,5)	107,5	82,8	97,2	Ile de France (1,3)	109,5
Nord Touraine	0,0	92,2	Pays de Loire (3,1)	68,9	2,4	94,4	Pays de la Loire (6,7)	121,9
Nord-Ouest Eure-et-Loir	0,0	86,6	Ile de France (6,1)	128,7	5,1	75,9	Normandie (11,9)	96,7
O'Tours	99,1	99,4	Ile de France (0,3)	82,8	94,7	97,3	Ile de France (1,4)	118,2
Ouest Loiret	0,0	93,7	Ile de France (4,1)	80,6	8,6	95,6	Ile de France (2,4)	108,4
Pays chartrain	82,4	87,2	Ile de France (11,6)	82,2	76,7	84,5	Ile de France (16,8)	101,6
Pays de Bourges	96,9	98,6	Ile de France (0,5)	97,7	89,2	94,8	Ile de France (3,7)	96,3
Pays des Mille Etangs	0,0	87,4	Nouvelle Aquitaine (11,3)	149,3	26,0	54,1	Nouvelle-Aquitaine (25,1)	76,6
Pays drouais	97,5	97,7	Ile de France (2,1)	154,3	57,3	66,1	Ile de France (31,7)	93,3
Perche	85,4	93,1	Pays de Loire (3,5)	140,7	48,3	76,7	Ile de France (15,3)	86,3
Rabelaisie	22,2	72,3	Pays de Loire (8,2)	92,7	44,6	82,8	Pays de la Loire (17,2)	104,5
Sologne	0,0	94,9	Ile de France (3,7)	92,4	14,8	95,0	Ile de France (2,2)	98,5
Sologne vallée du Cher	73,6	97,7	Ile de France (1,2)	118,2	35,3	96	Ile de France (2,3)	86,9
Sud 28	79,1	95,5	Ile de France (3,1)	114,0	49,2	92,0	Ile de France (4,7)	89,2
Sud Cher	67,9	84,6	Auvergne Rhône-Alpes (10,1)	94,2	46,7	76,4	Auvergne-Rhône-Alpes (37)	82,4
Sud-Lochois	49,5	84,5	Nouvelle Aquitaine (12,1)	155,5	24,4	82,4	Nouvelle-Aquitaine (11,7)	97,2
Val de Creuse	0,0	75,4	Nouvelle Aquitaine (21,9)	113,3	3,3	70,5	Nouvelle-Aquitaine (27,7)	85,7
Vendômois	35,1	85,7	Ile de France (5,1)	81,4	70,0	95,6	Ile de France (1,4)	101,7

Discussion

L'objet de cette étude est de quantifier les difficultés de recours aux soins de certaines spécialités médicales, notamment de préciser l'inadéquation entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins sur leurs lieux de vie. En travaillant à l'échelle des CPTS, nous identifions des territoires prioritaires en RCVL pour mettre en place des mesures facilitant le recours aux soins de spécialités.

La proximité insuffisante pour expliquer le recours aux soins

Il ressort un premier élément : la proximité n'est pas le seul paramètre pris en compte dans le recours aux soins de spécialités hors médecine générale (tableau III) ; si la proximité spatiale peut sembler un critère évident au moment initial du choix du médecin (surtout pour le médecin généraliste), différents

territoires de recours se superposent en fonction de la régularité des soins et des enjeux associés (ainsi que le vécu patient et sa relation avec son soignant). Les CPTS pour lesquelles le recours aux soins est le plus proche de l'attendu ne sont pas seulement celles où l'offre est la plus dense (les CPTS urbaines de l'axe ligérien), mais celles à proximité de pôles d'activité (les CPTS d'Indre et Loire et la partie Ouest du Loiret). Enfin, cette étude confirme que les disparités d'offre et de recours aux soins sont encore plus marquées à une échelle fine, au sein même des départements.

Les modalités d'installation de médecins spécialistes, y compris des mesures incitatives le cas échéants, doivent donc intégrer cette logique qui diffère de celle de leurs confrères médecins généralistes. Or, à ce jour, les médecins spécialistes ne bénéficient pas d'un zonage ciblé ; le zonage médecin permet uniquement d'identifier les territoires où l'accès aux médecins généralistes est à renforcer. Il repose sur l'utilisation et l'analyse d'un indicateur national, l'Accessibilité potentielle localisée (APL), qui traite de manière cohérente et équitable l'ensemble des territoires de la région. Si les spécialistes hors médecine générale peuvent bénéficier des mêmes aides que leurs confrères, la pertinence de ces installations, destinées à favoriser une meilleure répartition des médecins généralistes libéraux, n'est donc pas optimale. Face aux enjeux du recours aux soins de spécialité, et aux spécificités de leur exercice, un zonage « médecins spécialistes hors médecine générale » pourrait améliorer la situation.

Le sous-recours d'aujourd'hui définit-il la formation de demain ?

La modélisation du nombre de professionnels de santé manquants (tableau II) peut orienter l'ouverture des postes d'internes dans les différentes spécialités. Les études de médecine doivent s'adapter et se réformer pour répondre aux évolutions épidémiologiques, suivre l'évolution des connaissances et innovations, et être en synergie avec l'exercice professionnel et les aspirations des professionnels et des usagers .

Les récentes évolutions de l'exercice, allant vers plus de coopération via le déploiement de dispositifs pluriprofessionnels (CPTS, Equipes de Soins Primaires, Equipes de Soins Spécialisées...), rejoignent les aspirations des jeunes professionnels souhaitant exercer au sein d'une structure (libérale ou salariée) coordonnée et structurée, pour les médecins généralistes comme pour les autres spécialités : l'exercice groupé est plébiscité à 72% par les internes. Il est également primordial pour 81% des internes et pour 87% des remplaçants de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels de santé du territoire. Les nouvelles organisations de soins primaires semblent avoir des effets positifs sur l'installation des professionnels dans les zones organisées en CPTS, mais tout reste à faire pour les spécialistes. Cependant, la question de l'accès aux soins de spécialité ne concerne pas que le tissu de soins de second recours (intégrant les spécialités en accès direct), puisque leur présence conditionne également l'installation de médecins généralistes.

L'Observatoire National de La Démographie des Professions de Santé (ONDPS) suggère plusieurs actions favorisant l'augmentation de capacité d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé et un label universitaire pour les CPTS, ou en développant les stages ambulatoires, afin d'aboutir à des « territoires universitaires de santé ». Il faut également mieux définir les besoins en professionnels à former, globalement par spécialité, et territoire par territoire, l'organisation territoriale des formations ayant un fort impact sur la répartition des professionnels en exercice.

Dès l'automne 2020, l'ONDPS a déployé des réunions de concertation entre ARS, Facultés de médecine et représentants des professionnels de santé (établissements et URPS), pour estimer les ressources humaines nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé et aux soins de la population à partir de 2030 ; ceci par une approche multifactorielle prenant en compte les évolutions démographiques, les flux migratoires de professionnels, la consommation de soins ajustée sur la structure d'âge et l'évolution de

l'offre de soins. Elle intègre également les effectifs de professionnels et leur temps de travail (ETP) et l'organisation du système de soins .

Les activités universitaires réalisées par des non-universitaires (notamment la maîtrise de stage ambulatoire) « restent mal quantifiées et très timides concernant la médecine spécialisée libérale ».

L'ARS s'est appuyée sur le nombre de professionnels de santé manquants identifiés par ce travail afin de statuer sur la répartition dans les différentes spécialités des 50 postes d'internes supplémentaires alloués à la RCVL (tableau II). Les données nationales extraites du SNIIRAM ne permettant pas d'obtenir les informations concernant les actes et consultations externes, il n'a pas été possible de calculer un nombre de médecins hospitaliers manquant.

Le développement de stages de deuxième et troisième cycles sur l'ensemble du territoire

Le troisième élément émanant de cette étude concerne la capacité à cibler l'ouverture de stages de 3^{ème} cycle sur les territoires les plus en souffrance, en tenant compte des possibilités d'encadrement.

Si la nécessité d'augmenter le nombre d'internes formés en RCVL² fait l'unanimité des acteurs de santé, elle se heurte à la capacité de formation des étudiants et à leur accueil en stage (plus de 70% des UFR en France ont indiqué que le nombre de lieux de stage pouvait être un facteur limitant à l'augmentation du nombre d'étudiants en CHU). Ce constat est accentué en RCVL, seule région française ne disposant actuellement que d'un seul CHU, conduisant à une polarisation de l'offre dans le département d'Indre-et-Loire, comme le montrent les résultats de cette étude (si sa situation peut être moins difficile pour certaines spécialités, l'offre de ce département reste fragile et déficiente au regard des besoins de la population). En FRM, les terrains de stage hors CHU représentent moins de 20% des lieux d'accueil des 2^e et 3^e cycle. Il est donc primordial du développer des stages hors CHU et en médecine ambulatoire, tout en actant que la relative pénurie de professionnels libéraux dans la plupart des spécialités ne facilitera pas ce développement dans les années à venir.

Dans ce cas, le déploiement de stages mixtes, avec un encadrement partagé entre médecins libéraux et services hospitaliers (en établissement public ou privé) pourrait constituer une solution. Cette coopération assurerait également une formation plus complète, consoliderait l'offre ambulatoire et dans des hôpitaux de périphérie, renforcerait la collaboration entre les CPTS et les établissements de santé, en cohérence avec leurs objectifs : missions (accès aux soins, et parcours notamment) définies dans l'Accord Conventionnels Interprofessionnels (ACI-CPTS)³, et un des objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des hôpitaux.

Un soutien logistique aux internes est également indispensable en termes de transports et d'hébergement. De nombreux départements et collectivités territoriales proposent des aides aux étudiants dans le cadre de leurs stages, et aux jeunes professionnels dans le cadre de leur installation. L'ouverture d'une Faculté de médecine à Orléans, amorcée en 2022, viendra certainement modifier cet équilibre, même si les effets ne se feront pas sentir avant une dizaine d'années.

² Cette étude portant sur l'accès aux soins de spécialités, nous nous sommes concentrés sur les stages pour les autres spécialités que la médecine générale, mais il faut pour autant noter de grandes difficultés pour les terrains de stages de médecine générale.

³ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019

Le déploiement de dispositifs visant à améliorer l'accès au second recours

Cette étude permet également de cibler le déploiement de dispositifs visant à améliorer l'accès au 2nd recours. L'objectivation des zones de sous-recours en soins de spécialité peut permettre d'orienter leurs actions, tant sur le type de dispositifs mis en place que sur leur implantation et échelle géographiques.

Les Equipes de Soins Spécialisées (ESS), introduites dès la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, n'existent pour le moment que sous forme expérimentale. Une ESS est « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'ESS contribue avec les acteurs de soins de premier recours à la structuration des parcours de santé ». Elles permettent de structurer l'offre ambulatoire de 2nd recours, et de renforcer les liens entre la médecine de ville et les établissements de santé privés et publics, dans une logique de parcours de soins et en complémentarité de ce que proposent les GHT avec leurs filières. Elles ont vocation, particulièrement en RCVL du fait de sa démographie médicale, à s'organiser à des échelles départementales, voire régionale.

Les consultations avancées (CA) veulent répondre aux besoins de spécialistes sur des territoires en carence, tout en permettant l'articulation entre les soins de ville et les établissements hospitaliers. Le dispositif permet de favoriser l'accessibilité géographique des soins ; elles ne permettent pas une augmentation du nombre global de consultations offertes, mais une meilleure répartition spatiale de celles-ci, particulièrement pour les spécialités à forte disparité territoriale. Elles participent à l'articulation entre le secteur hospitalier et la médecine de ville, favorisent l'attrait de la structure proposant des CA pour l'installation de professionnels de santé , et permettent d'envisager les prises en charge dans une démarche de parcours en rapprochant les modes d'exercice. Le projet doit être porté par les médecins en tenant compte des contraintes matérielles et techniques de certaines spécialités, l'absence d'outils numériques uniformisés, de l'absence et d'une mauvaise interconnaissance entre professionnels de santé. Leurs lieux potentiels de déploiement varient donc en fonction du type de consultation et de la spécialité médicale concernée. En RCDVL , des CA sont assurées en 2022 dans des MSP (à la MSP de Noyers-sur-Cher par des praticiens de la Polyclinique de Blois ; par des cardiologues de la clinique St Gatien et des urologues du Pôle de Santé Léonard de Vinci dans les MSP de Loches et Château-Renault) et entre établissements du groupe ELSAN (cliniques de St Doulchard, St Amand Montrond et Tours).

La télémédecine se définit comme une pratique médicale réalisée à distance par des professionnels de santé. Le contexte sanitaire et démographique de la RCVL génère des situations particulièrement préoccupantes dans les zones rurales les plus isolées et dans les zones urbaines denses défavorisées. Face à une offre de soins déficiente, et très inégale entre les départements et au sein même des départements, la télémédecine doit théoriquement permettre aux populations d'accéder aux soins dans des délais plus courts et donc prévenir des risques de pathologies plus graves liés à un délai dans la prise en charge . La crise sanitaire que nous traversons depuis 2020 montre à quel point le développement de la e-santé sur le territoire de la RCVL a été une ressource non négligeable.

Des expérimentations de télémédecine ont été portées par la Fédération des URPS, entre Chirurgiens-dentistes et stomatologues pour le suivi des lésions cancéreuses, entre médecins généralistes et

dermatologues, et pour le dépistage de la rétinopathie diabétique entre ophtalmologues et orthoptistes. Plus récemment, un certain nombre de CPTS ont inscrit dans leur projet de santé des actions en télémédecine. Cependant, l'illusion de pouvoir faire abstraction de l'espace et du temps qui réside dans la téléconsultation ne doit pas fragiliser un territoire et une offre de soins en difficulté, mais malgré tout structurée, notamment par les CPTS et les ESP. La télémédecine doit s'organiser au maximum avec les professionnels de santé de la région, afin de proposer une réponse de qualité au patient, dans le cadre d'un parcours de soins permettant une prise en charge physique si nécessaire, donc de relative proximité .

Perspectives

Dans la continuité de cette étude, l'analyse de l'accès au second recours a été étendue à l'ensemble des spécialités médicales de RCVDL (annexe 2).

Des questionnaires ont également été envoyés à l'ensemble des médecins libéraux de RCVDL, centrés sur le ressenti des médecins généralistes et des médecins d'autres spécialités pour affiner les résultats présentés ici par une analyse de contenu ; cela a permis de dégager de premières pistes de réflexion, parmi lesquelles une nette différence de perception de la capacité des médecins de spécialités autres que la médecine générale à répondre aux demandes d'avis et de consultations formulées par les médecins généralistes, aussi vite que le nécessite l'état de santé du patient : 87% des médecins spécialistes en médecine générale ayant répondu au questionnaire estiment rencontrer des difficultés pour obtenir un avis ou une consultation spécialisée aussi rapidement que le nécessite l'état de santé du patient, alors que seuls 56% des médecins d'autres spécialités ayant répondu estiment avoir des difficultés à répondre aux demandes d'avis ou de consultation aussi rapidement que le nécessite l'état de santé du patient.

La lecture de l'évolution du nombre de postes d'internes ouverts ces dernières années, par spécialité, peut apporter un éclairage sur la situation. L'analyse de la répartition géographique des lieux de stages mis aux choix par les commissions de répartition de ces dernières années, ainsi que la répartition des lieux de stage choisis (pour gommer les inexactitudes liées à l'inadéquation) serait intéressante. Cela permettrait également de voir si des caractéristiques redondantes sont identifiées parmi les stages non choisis.

Il pourrait être intéressant de prendre en compte la problématique de l'hyperspecialisation lors de la formation des médecins et des chirurgiens. Ce phénomène s'accentue avec la dernière réforme des études, et entraîne une baisse de mobilité des étudiants, du fait du faible nombre de postes leur permettant d'exercer à ce niveau de spécialisation ailleurs que dans un CHU . La difficulté tient notamment aux plateaux techniques des hôpitaux périphériques ou en ambulatoire qui peuvent ne pas correspondre aux particularités de cet exercice, ou à l'absence de spécialités connexes indispensables à la qualité du parcours de soins. Une analyse plus poussée sur des actes marqueurs d'une grande technicité, dans chacune des spécialités, offrirait donc un complément intéressant et permettrait de prendre en compte les versants « spécialiste généraliste » et « hyperspecialisé » de chaque spécialité médicale. Une étude est en cours sur les médecins libéraux de RCVDL, en ciblant deux actes marqueurs pour chaque spécialité médicale : un acte technique nécessitant une hyperspecialisation, et un acte ambulatoire, praticable en cabinet de ville.

Un complément d'étude est également en cours pour déterminer la part de la variation de l'offre de soins des CPTS de la région (notamment par la localisation, l'âge, le sexe et le niveau d'activité moyen des professionnels de santé), la variation de la composition socio-économique de la population et différents marqueurs de vulnérabilité socio-sanitaires. Afin de réduire le nombre de variables explicatives et de cibler les ressorts du recours aux soins de spécialité hors médecine générale, une analyse en composantes principales (ACP) sera réalisée. Une classification ascendante hiérarchique (CAH) permettra d'identifier des groupes homogènes de CPTS quant au recours aux soins de spécialités.

Enfin, cette étude est actuellement dupliquée en Nouvelle-Aquitaine et en Hauts-de-France, permettant de réaliser des typologies de territoires inter-régionaux.

Conclusion

L'accessibilité aux soins ne se résume pas à la proximité des professionnels de santé, ni à leur densité. Cette étude met en avant de fortes disparités territoriales de recours aux soins de spécialité hors médecine générale, avec des différences marquées entre le recours libéral et le recours hospitalier. Elle montre également le déficit global de la consommation de soins de spécialités en RCVL au regard de celle observée en France métropolitaine, et permet de quantifier le nombre de médecins manquants pour répondre aux besoins de soins de la population. Ayant conscience que les inégalités socio-territoriales de santé dépendent de logiques qui débordent largement le champ de la santé, des études complémentaires sont nécessaires pour préciser les facteurs socio-économiques, démographiques, culturels et d'aménagement du territoire qui impactent le recours aux soins de spécialité en RCVL. Ces études permettront également d'approfondir notre réflexion sur les actions à mener et leur opportunité en identifiant les freins et les leviers voire les modalités de déploiement à privilégier. Des regards croisés et complémentaires nous permettront d'appréhender l'ensemble des rouages expliquant les disparités territoriales d'accès aux soins, leurs intrications complexes, et d'identifier les leviers pour les réduire.

Annexes

Annexe 1 : Natures de prestations prises en compte dans les extractions

Les natures de prestation prises en compte pour l'activité libérale concernent les codes suivants :

1090, 1091, 1092, 1093, 1098, 1099, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1107, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1117, 1121, 1122, 1140, 1164, 1168, 1172, 1174, 1191, 1192, 1193, 1194, 1209, 1210, 1211, 1212, 1214, 1215, 1312, 1318, 1321, 1322, 1323, 1324, 1331, 1351, 1352, 1361, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1407, 1408, 1409, 1410, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1422, 1424, 1434, 1435, 1436, 1451, 1452, 1453, 1462, 1465, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1911, 1923, 2411, 2414, 2418, 2426, 2428, 3113, 3133, 3134, 3225, 3522, 3551, 4113, 4316, 4381, 9421, 9422, 9423.

Code prestation	Libellé prestation
1090	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COH
1091	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COD
1092	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COG
1093	EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT COB
1098	CONSULTATION CCMU 3
1099	CONSULTATION CCMU 4 ET 5
1101	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PUPH
1102	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
1103	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT DU MEDECIN
1104	CONSULTATION OBLIGATOIRE ENFANT
1105	CONSULTATION COMPLEXE
1107	CONSULTATION TRES COMPLEXE ENFANT
1109	CONSULTATION SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1110	CONSULTATION MEDECINE GENERALE
1111	CONSULTATION COTEE C
1112	CONSULTATION COTEE CS
1113	CONSULTATION COTEE CNP
1114	CONSULTATION SPECIFIQUE CARDIOLOGIE
1117	CONSULTATION DES SPECIALISTES COTEE C2
1121	HONORAIRE DE SURVEILLANCE

1122	EXAMEN SPECIAL (PROTOCOLE)
1140	CONSULTATION SPECIFIQUE DE DEPISTAGE
1164	TÉLÉ CONSULTATION - ALD ET / OU EHPAD
1168	CONSULTATION PREVENTION SANTE SEXUELLE
1172	TELESURVEILLANCE : PS EFFECTUANT L'ACCOMPAGNEMENT
1174	TELESURVEILLANCE : MEDECIN TELESURVEILLANT
1191	TELECONSULTATION TOUTES SPECIALITES
1192	TELECONSULTATION GENERALISTE
1193	TELE EXPERTISE DE NIVEAU 1
1194	TELE EXPERTISE DE NIVEAU 2
1209	VISITE SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1210	VISITE MEDECINE GENERALE
1211	VISITE COTEE V
1212	VISITE COTEE VS
1214	VISITE LONGUE ET COMPLEXE
1215	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT MEDECIN (VISITE)
1312	ACTES DE SPECIALITE EN K
1318	ACTE DE PHONIATRIE PAR MEDECIN
1321	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
1322	ACTE D'OBSTETRIQUE CCAM
1323	ACTE D'ANESTHESIE CCAM
1324	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
1331	ACTES DE RADIOLOGIE
1351	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
1352	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX(hors IMAGERIE) CCAM
1361	VIDEOCAPSULE
1400	BRIDGE RAC MODERE
1401	PROTHESE FIXE RAC 0
1402	PROTHESE FIXE RAC MODERE
1403	REPARATION FACETTE PROTHESE AMOVIBLE RAC 0
1404	REPARATION ADJONCTION RAC 0

1405	REPARATION PROTHESE ADJOINTE SIMPLE RAC 0
1407	COURONNE TRANSITOIRE RAC MODERE
1408	COURONNE ZIRCONE RAC MODERE
1409	INLAY CORE RAC MODERE
1410	INLAY ONLAY RAC MOERE
1412	PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE
1413	REPARATION PROTHESE RAC MODERE
1414	SUPPLEMENT PROTHESE METALLIQUE RAC MODERE
1415	PROTHESE FIXE METALLIQUE RAC 0
1416	COURONNE TRANSITOIRE RAC 0
1417	COURONNE ZIRCONE RAC 0
1418	INLAY CORE RAC 0
1419	PROTHESE AMOVIBLE RAC 0
1420	PROTHESE AMOVIBLE DE TRANSITION RAC 0
1422	TRAITEMENTS DORTHODONTIE PRATIQUES PAR LE MEDECIN (ET EOS POUR LA CRPCEN)
1424	TRAITEMENTS DORTHODONTIE PRATIQUES PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE (ET ETO POUR LA CRPCEN)
1434	PREVENTION BUCCO-DENTAIRE: CONSULTATION - MATER
1435	PREVENTION BUCCO-DENTAIRE: RADIO DEUX CLICHES-MATER
1436	PREVENTION BUCCO-DENTAIRE: RADIO QUATRE CLICHES-MATER
1451	SOINS DENTAIRES
1452	PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE RESINE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) PROTHESE AMOVIBLE RESINE TARIF LIBRE
1453	PROPHYLAXIE BUCCO DENTAIRE CCAM
1462	PROTHESE FIXE METALLIQUE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) PROTHESE FIXE METALLIQUE TARIF LIBRE
1465	IMPLANTOLOGIE - CCAM
1470	ENDODONTIE
1471	INLAY-ONLAY, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) INLAY-ONLAY TARIF LIBRE
1472	PARODONTOLOGIE
1473	INLAY-CORE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) INLAY-CORE TARIF LIBRE
1474	PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE METALLIQUE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) PROTHESE AMOVIBLE METALLIQUE TARIF LIBRE

1475	PROTHESE DENTAIRE PROVISOIRE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) COURONNE TRANSITOIRE TARIF LIBRE
1476	PROTHESE FIXE CERAMIQUE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) PROTHESE FIXE CERAMIQUE TARIF LIBRE
1477	REPARATION SUR PROTHESE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) REPARATION PROTHESE TARIF LIBRE
1911	ACTES DES SAGES-FEMMES
1923	EXAMEN DE SUIVI POST NATAL
2411	INTERVENTION IVG
2414	CONSULTATION IVG
2418	VERIFICATION ECHOGRAPHIQUE
2426	CONSULTATION IVG SPECIALISTE
2428	ECHO PRE IVG
3113	ACTES INFIRMIERS DES SAGES-FEMMES (SFI)
3133	ACTES DES ORTHOPTISTES
3134	ACTE DE PEDICURE-PODOLOGUE (DIABETIQUE)
3225	PRELEVEMENT PAR PONCTION VEINEUSE DIRECTE POUR UN MEDECIN BIOLOGISTE
3522	DIVERS ORTHESES
3551	IMPLANT INTERNE (CHAP. 1, 2 ET 3)
4113	PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES COTEES EN K
4316	EXPERTISE
4381	ACTES NON NOMENCLATURE
9421	PREDITION BUCCO-DENTAIRE: CONSULTATION
9422	PREDITION BUCCO-DENTAIRE: RADIO DEUX CLICHES
9423	PREDITION BUCCO-DENTAIRE: RADIO QUATRE CLICHES

Les natures de prestation prises en compte pour l'activité libérale concernent les codes suivants :
 ACO, ADA, ADC, ADE, ADI, AP2, APC, APC F, APC N, APU, APY, ATM, AXI, B, BDC, C, C F, C N, CA, CCE, CCP, CCX, CDE, CNP, CNP F, CNP N, COB, COD, COE, CS, CS F, CS N, CSC, CSC F, CSC N, CSP, DCC, END, FPI, G, G F, G N, GS, GS F, GS N, K, K1, MCG, ORT, PA, PA0, PA1, PAR, PDT, PT0, RPN, SC1, SDE, SE1, SE4, SF, SF F, SF N, SFI, SFI F, SFI N, SMU, SP, TCP, TDS, TE1, TE2, TSA, TSM, VAC, VDE.

Code prestation	Libellé prestation
ACO	ACTE D'OBSTETRIQUE
ADA	ACTE D'ANESTHESIE

ADC	ACTE DE CHIRURGIE
ADE	ACTE D'ECHOGRAPHIE
ADI	ACTE D'IMAGERIE
AP2	Administration et facturation des produits de la réserve hospitalière en environnement hospitalier
APC	- Avis Ponctuel de Consultant - Prestation APC en remplacement de la prestation C2
APC F	- Avis Ponctuel de Consultant - Prestation APC en remplacement de la prestation C2 FERIE
APC N	- Avis Ponctuel de Consultant - Prestation APC en remplacement de la prestation C2 NUIT
APU	Avis Ponctuel de Consultant PU/PH – Prestation APU en remplacement de la prestation C3
APY	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
ATM	ACTE TECHNIQUE MEDICAL
AXI	PROPHYLAXIEBUCCO-DENTAIRE -CCAM-
B	ACTE BIOLOGIE
BDC	CONSULT.BUC.DENT
C	CONSULTATION
C F	CONSULTATION FERIE
C N	CONSULTATION NUIT
CA	CONSULT BILAN
CCE	Consultation très Complexes Enfants
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CCX	Consultation complexe
CDE	consultation spécifique de dépistage
CNP	CONSULTATION SPE.
CNP F	CONSULTATION SPE. FERIE
CNP N	CONSULTATION SPE. NUIT
COB	Examen Obligatoire Enfant COB
COD	Examen Obligatoire Enfant COD
COE	CONSULTATION OBLIGATOIRE DE L'ENFANT
CS	CONSULTATION SPE.
CS F	CONSULTATION SPE. FERIE
CS N	CONSULTATION SPE. NUIT
CSC	CONSULTATION SP.C

CSC F	CONSULTATION SP.C FERIE
CSC N	CONSULTATION SP.C NUIT
CSP	CONSULTATION SP.P
DCC	Acte de Dépistage du Cancer Colorectal
END	ENDODONTIE
FPI	Forfait Prestation Intermédiaire
G	C + MMG pour les médecins généralistes
G F	C + MMG pour les médecins généralistesFERIE
G N	C + MMG pour les médecins généralistesNUIT
GS	CS + MMG pour les généralistes spécialistes en médecine générale
GS F	CS + MMG pour les généralistes spécialistes en médecine généraleFERIE
GS N	CS + MMG pour les généralistes spécialistes en médecine généraleNUIT
K	ACTE DE SPECIAL.
K1	ACTE DE SPECIAL. 1
MCG	MAJO. COORDINATION GENERALISTES
ORT	ORTHODONTIE
PA	ORTHESE
PA0	Prothèse amovible RAC 0
PA1	Prothèse amovible RAC modéré
PAR	PARODOTONLOGIE -CCAM-
PDT	PROTHESE DENTAIRE PROVISOIRE
PT0	Prothèse amovible de transition RAC 0
RPN	REPARATION SUR PROTHESE
SC1	SOINS CONSERVATEURS 1
SDE	SOINS DENTAIRES -CCAM-
SE1	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER
SE4	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER
SF	ACTES SAGE FEMME
SF F	ACTES SAGE FEMME FERIE
SF N	ACTES SAGE FEMME NUIT
SFI	SOIN.INF.SAGE FEM

SFI F	SOIN.INF.SAGE FEM FERIE
SFI N	SOIN.INF.SAGE FEM NUIT
SMU	SMUR
SP	examen de suivi post natal
TCP	Acte de téléconsultation
TDS	PARODONTOLOGIE
TE1	Télé expertise de niveau 1
TE2	Télé expertise de niveau 2
TSA	TELESURVEILLANCE : PS EFFECTUANT L'ACCOMPAGNEMENT
TSM	TELESURVEILLANCE : MEDECIN TELESURVEILLANT
VAC	Vaccination COVID
VDE	FORFAIT VIDEO CAPSULE

Annexe 2 : spécialités retenues pour la deuxième phase de l'étude :

Médecine cardiovasculaire (co-DES)
Dermatologie et vénérérologie
Radiologie et imagerie médicale
Gynécologie-obstétrique
Hépato-gastro-entérologie
ORL - chirurgie cervico-faciale
Pédiatrie
Pneumologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Néphrologie
Endocrinologie-diabétologie-nutrition
Gynécologie médicale
Médecine générale
Anesthésie-réanimation (co-DES)
Médecine interne et immunologie clinique (co-DES)

Neurochirurgie
Urologie
Médecine intensive-réanimation (co-DES)
Médecine physique et de réadaptation
Neurologie
Gériatrie
Anatomie et cytologie pathologiques
Biologie médicale
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Chirurgie orale
Hématologie
Médecine nucléaire
Oncologie
Génétique médicale
Santé publique
Maladies infectieuses et tropicales (co-DES)
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine vasculaire (co-DES)
Allergologie (co-DES)
Psychiatrie
Chirurgie maxillo-faciale
Médecine et santé au travail
Chirurgie générale
Stomatologie
Chirurgie dentaire
Chirurgie dentaire (spec. o.d.f.)

Chirurgie dentaire (Spec. M.B.D.)

Bibliographie

Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire. Les zonages des professionnels de santé libéraux. 2021. [Visité le 4 mars 2022]. En ligne : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>.

Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire. Projet Régional de Santé Centre Val de Loire 2018-2022 [Visionné le 15 mars 2022]. En ligne : http://www.ars-centre-val-de-loire.fr/prs/schema Regional_de_sante/index.html#page=1.

Assurance Maladie. Données Assurance Maladie offre de soins (AMOS). 2020.

Barlet M, Collin C. *Localisation des professionnels de santé libéraux* (Comptes nationaux de la santé 2009). Paris : Drees ; 2009.

Cases C, Baubéau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Paris : Dresse ; 2013.

Charpak Y, Duburcq A. Déterminer le besoin en spécialistes. Dossier "Les médecins aujourd'hui en France", Actualités et dossier en santé publique, 2000;32:22-23.

Conférence Nationale des Unions Régionales de Professionnels de Santé Médecins Libéraux (CN URPS ML). Groupe de travail exercice coordonné de mars 2022.

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM DATA), commission Jeunes médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires. 2019. [Visité le 7 mars 2022]. En ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation>.

Dagot C. Usages de la Télémédecine en région CVDL au sein de la population et des professionnels de santé. Tours : Centre d'Expertise et de Transfert Universitaire, Ingénierie et connaissance sociale (ETIcS). APR IR 2022.

Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. Rev Epidemiol Sante Publique. 2021;69(3):105-115.

Devulder F, Dehail P, Gasser P, Touzé E. L'hyperspécialisation en médecine : concilier les caractéristiques de la formation et les besoins des territoires. Notes et projets au 10 février 2022. Paris : Laboratoire d'idées santé autonomie (LISA). [Visité le 16 mars 2022]. En ligne : <https://www.lisa-lab.org/hyperspecialisation-en-medecine-concilier>.

Denis F, de Fontgalland C, Meymandi-Nejad B, Amador G, Brochen Z, Tubert-Jeannin S, Rusch, E. Consommation de soins dentaires préventifs en région Centre-Val de Loire : une étude rétrospective. Santé Publique. 2020 ;32 :87-95.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (Dress). Tableau de la démographie des professionnels de santé. 2022. [Visité le 04/03/2022]. En ligne : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (Dress). Données sur la démographie des professions de santé. 2022. [Visité le 2 juin 2022]. En ligne : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

Dumontet M, Samson A, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Revue française d'économie. 2016 ;31:221-267.

Equipes de recherche Universités de Tours (EES, CRITERES, ETIcS, DUMG), sous la direction de Céline Dagot, Jean-Philippe Fouquet, Emmanuel Rusch. Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enquête auprès des étudiants spécialisés en médecins générale sur leurs motivations et décisions d'installation. Recherche MEDICALE. Décembre 2021.

Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours ; étude sur le vécu des patients. Paris : Les dossiers de la DREES, 2021;77.

Gerard-Varet JF (dir.) Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2021. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM). 2022.

Institut National de la statistique et des études économiques (Insee). Tableau de l'économie française. 2018. (Insee Référence) [Visité le 04/03/2022]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303305?sommaire=3353488>.

Lucas-Gabrielli V et al, Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités. IRDES, DT N°87, Mai 2022.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Conférence Nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions : objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025). 2021. [Visité le 7 mars 2022]. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf.

Observatoire Régional de la Santé (ORS) Centre Val de Loire. Les freins et les leviers à déploiement des consultations avancées en Centre-Val de Loire. Orléans : ORS Centre-Val de Loire. 2020. [Visité le 15 mars 2022]. En ligne : <https://orscentre.org/publications/observation-sanitaire/45-thematiques/offre-et-recours-aux-soins/315-les-freins-et-les-leviers-au-deploiement-des-consultations-avancees-en-centre-val-de-loire>.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Informatique sanitaire et télémédecine. Rapport du Directeur général. 1997. 6p. Report No. : EB99/30.

République Française. Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement. JORF n°0119 du 24 mai 2016.

République Française. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019. Article 18.

Salem G, Rican S, Jouglal E. Atlas de la santé en France, tome 1. Paris : John Libbet ; 1999. 183p.

Smith J, Goodchild F, Longley A. Geospatial Analysis. A Comprehensive Guide to Principles Techniques and Software Tools, 6th Edition. Leicester (UK) : Troubador Publishing Ltd ; 2018. 394p.

Stevens A, Raftery J, Mant J, Simpson S, Boulton A. Health Care Needs Assessment. Department of Public Health and Epidemiology of the Birmingham University. (2003) En ligne : <http://hcna.radcliffe-oxford.com> consulté le 15/12/03.

Touzé E, Le Bouler S, Sibilia J, Schlemmer B. Formations en santé : 20 propositions pour parachever les transformations. Notes et projets 10 février 2022. Paris : Laboratoire d'idées santé autonomie (LISA). [Visité le 7 mars 2022]. En ligne : <https://www.lisa-lab.org/formations-en-sant%C3%A9-20-propositions-pour-parachever-les-transformations>.