

# COMMENT L'HÔPITAL PUBLIC POURRAIT ÊTRE L'OASIS QUI IRRIGUERA LES DÉSERTS



Dr Eric OZIOL  
Secrétaire Général  
du SYNDIF (Syndicat  
des Internistes  
Français)

*Le concept de « Déserts Médicaux » est apparu il y a un peu plus de dix ans. Il a été depuis largement popularisé par les médias, les pouvoirs publics, les élus locaux ou encore le grand public. Le terme désert fait référence à un concept géographique fort correspondant à un espace hostile et inhabité. Les géographes l'utilisent depuis l'après-guerre dans l'analyse des disparités territoriales françaises. Il renvoie à des concepts parfois très différents comme la faible densité de population ou le dépeuplement, phénomènes qui ne sont pas fatalement liés. Les espaces montagnards, les plaines céréalières prospères ou encore les campagnes agricoles en crise, ne posent pas les mêmes problèmes de territoire, de situations économiques ou de trajectoires démographiques. L'opposition du reste du territoire à Paris voire à d'autres grandes villes, était déjà nommé le « désert français ». Les termes de la « France du vide » ou de « diagonale du vide » ont même été enseigné en cours de géographie<sup>(1)</sup>.*



**... « Déserts médicaux », cette expression, maintenant bien admise, est néanmoins assez choquante et réductrice, dans la mesure où elle semble médicaliser de façon péremptoire et définitive le problème des disparités territoriales...**

En ce qui concerne les « déserts médicaux », cette expression, maintenant bien admise, est néanmoins assez choquante et réductrice, dans la mesure où elle semble médicaliser de façon péremptoire et définitive le problème des disparités territoriales, en le réduisant à la seule difficulté d'accès à un médecin généraliste. De plus il faudrait, que dans ces territoires où l'accès à certains services publics, les crèches, les transports, etc., la médecine soit le dernier service public essentiel, et qui devrait être uniquement assuré par des médecins généralistes, libéraux de surcroît, libres de leur implantation en lieu et en durée, avec certes des aides à l'installation, mais inadaptées à l'ampleur d'un problème beaucoup plus systémique.

Sur ce point, la démarche du département de l'Aveyron, entamée dès 2008, semble particulièrement adaptée, avec la mise en place

d'une grande « campagne de séduction » des futurs médecins dès leur internat. Le Département a très tôt accompagné la création de maisons médicales, il a mis en place une politique d'accompagnement des jeunes internes en médecine générale pour leurs stages, avec des aides financières et une équipe d'appui aux étudiants et à la cinquantaine de maîtres de stage. Le dispositif, est maintenant étendu aux internes en spécialités, secteur tout autant fragilisé. Cependant pour les départements, cette démarche ne peut être isolée, mais doit accompagner le développement de ses équipements : routes, couverture numérique, modes de transport, mais aussi la consolidation de son réseau de services. On sait maintenant que les jeunes médecins privilégient

davantage dans la formulation de leur choix d'installation, des critères de cadre de vie familiale (loisirs, travail du conjoint, éducation pour les enfants) et de conditions d'exercice (charge de travail modérée, équipements, travail d'équipe) que des critères de revenus attendus. Ceci conduit à questionner la pertinence des mesures s'appuyant uniquement sur des incitations financières... et encore moins sur des mesures de coercition<sup>(1, 2)</sup>.

(1) <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362.htm>

(2) [https://www.lemonde.fr/campus/article/2022/11/15/deserts-medicaux-les-strategies-des-departements-pour-attirer-les-jeunes-medecins-a-tout-prix\\_6149882\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2022/11/15/deserts-medicaux-les-strategies-des-departements-pour-attirer-les-jeunes-medecins-a-tout-prix_6149882_4401467.html)



En ce qui concerne l'accès aux équipements, le travail d'équipe et la charge de travail, il ne s'agit pas simplement de pouvoir travailler en maison médicale ou en maison de santé pluri-professionnelle pour que tout soit parfait. En effet la structuration de la gradation des soins est tout aussi importante pour les médecins de soins primaires, surtout si la population

qu'ils soignent est paupérisée, d'un bas niveau socio-éducatif et surtout âgée voire très âgée. L'accessibilité au moins à un hôpital de proximité, mais aussi à un hôpital avec un service d'accueil des urgences et toute la gradation des

soins en rapport, voire à des structures de convalescence, de cicatrisation et de revalidation, comme

**Les Centres Hospitaliers publics, parfois derniers oasis dans des territoires désertés par le privé ont un rôle essentiel de formation et d'attraction des professionnels de santé**

les soins de suite et réadaptation (futurs SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation) ou même à un maillage territorial suffisant en HAD (Hospitalisation à Domicile) est primordiale. Si l'on prend pour exemple le département de la Lozère, le moins peuplé de France

avec donc le plus petit GHT (Groupe Hospitalier de Territoire) de France en termes de population, mais pas d'étendue de territoire, et bien malgré tout, l'ensemble du département est couvert par une HAD. À Langogne, « ville » de

3000 ha du nord du département, l'hôpital local qui aurait pu ne rester qu'une EHPAD, a « sauvé » son service de médecine avec la création sur son site d'une maison de santé pluri-professionnelle, sous l'impulsion des médecins généralistes et des professionnels de santé du territoire. En retour, cette transformation en véritable hôpital de proximité permet une offre d'hospitalisation pour les patients médicaux les plus fragiles, alors que les deux centres hospitaliers (CH) les plus proches, ceux de Mende et du Puy-en-Velay sont à plus de 40 min (l'été...) et que les CH Universitaires, les plus proches, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand ou Montpellier, sont à plus de deux heures.

Enfin en ce qui concerne les Centres Hospitaliers, qu'ils soient universitaires ou pas, leur services d'urgences et leurs services médi-

caux, devraient assurer, quoiqu'il advienne, la permanence des soins, ainsi que l'analyse de la gradation des soins nécessaires pour une réorientation médicale pertinente si nécessaire. Les CH sont au service de la population et surtout partenaires des professionnels de santé du territoire, de plus en plus organisés, au moins en CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), voire en MSP (Maisons de Santé Pluri-professionnelles). Malheureusement la démographie stagnante (dans le meilleur des cas) des soignants et des médecins, n'est plus adaptée à l'accélération de la démographie galopante des nécessiteux en soins, de ceux qui sont nés entre 1945 et 1975 (« *boomers* », dont votre auteur fait partie...). Des patients qui sont plus nombreux, plus âgés, plus paupérisés, plus « survivants » des progrès de la médecine spécialisée et donc plus poly-pathologiques chroniques, moins autonomes, plus dépendants médicalement et techniquement. Le rêve d'une négociation fluide du « virage ambulatoire », (nécessité au demeurant très pertinente pour tous les patients assez autonomes), qui aurait dû vider les hôpitaux, permettre de réduire les coûts d'hospitalisation et surtout d'en diminuer le capacitaire, est en train malheureusement de se transformer en cauchemar d'une « sortie de route » à

vive allure, faute d'avoir anticipé la véritable évolution des besoins, au détriment d'une logique technique d'économies immédiates.

Enfin les Centres Hospitaliers publics, parfois derniers oasis dans des territoires désertés par le privé (ex : il n'y a pas d'établissement privé, en dehors d'EHPAD en Lozère), ont un rôle essentiel de formation et d'attraction des professionnels de santé. Chaque GHT a au moins un institut de formation en soins infirmier et accueille en stage des résidents en médecine. Les professionnels formés dans les CH ou qui y viennent en stage, devraient donc à terme « irriguer » professionnellement le territoire correspondant, que ce soit pour un exercice ambulatoire ou d'hospitalisation. Les maladies et les malades s'apprennent toujours et encore plus à l'hôpital, surtout en ce qui concerne les plus complexes, avec un temps hospitalier de plus en plus rapproché pour les plus âgés et les plus polypathologiques, même si l'objectif est que les patients puissent rester le plus possible et le mieux possible à domicile. La médecine à domicile ou en hôpital de proximité, ou en tous cas avec la meilleure articulation possible entre domicile-hôpital-domicile, nécessite des compétences médicales globales de plus en plus poussées. Nos voisins Suisses ont dans ce sens depuis 2011, construit

une formation unique de médecine interne générale née de l'union entre les sociétés savantes de médecine interne hospitalière et de médecine générale. Il en est sorti un modèle de formation commune d'excellence en cinq ans (comme la médecine interne en France, mais seulement trois ans pour la médecine générale...), et sans quatrième année de « bannissement » dans un quelconque « désert médical », que ce soit pour les médecins qui feront de la médecine hospitalière « stationnaire » ou pour ceux qui s'occuperont des patients en ambulatoire... ou « stationnaires » chez eux. Cinq ans ce n'est pas trop pour avoir assez d'expertise globale dans un système médical devenu hyperspécialisé, ultra-technique et très coûteux.

En définitive, l'écosystème qui permettra de reverdir les déserts médicaux repose sur un système d'irrigation dont l'oasis hospitalier reste la source et le garant de la viabilité de la nappe phréatique. Il convient donc de dépasser les cultures corporatistes et conservatrices de tout un chacun pour parvenir à une bonne intelligence collective médicalement pertinente au sein de nos territoires avec comme priorité de préserver l'oasis hospitalier.

