

# De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé

## *Identifying professional and territorial health communities by analyzing healthcare spatial realities*

Charlotte de Fontgalland<sup>1</sup>, Mylène Rouzaud-Cornabas<sup>1</sup>

### ↳ Résumé

**Introduction :** Les communautés professionnelles territoriales de santé ont notamment vocation à organiser la coordination des professionnels de santé du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours pour mieux structurer les parcours de soins et améliorer le recours aux soins. Les flux de patients de 2<sup>nd</sup> recours libéral dessinent des territoires dont l'échelle et l'organisation peuvent servir de base au maillage de ces communautés.

**Méthode :** L'analyse des flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire, en 2015 (données du SNIIRAM), a permis de classer les spécialités médicales selon leur échelle d'attractivité (régionale, départementale, infra-départementale), puis de les fusionner pour identifier des pôles d'attraction communs. Ces pôles empiriques ont été soumis à l'appréciation des professionnels de santé du terrain pour affiner le découpage du territoire. Les bassins de patientèle des Centres Hospitaliers (données du PMSI) ont également été comparés aux bassins de patientèle libéraux.

**Résultats :** Une vingtaine de pôles d'attraction se distinguent sur six départements. Les communes ont été réparties en cinq classes, selon leur degré d'attraction à un pôle. L'ensemble du territoire a été intégré à un maillage en bassins de santé autour de pôles d'attractions, cohérents avec les habitudes de travail des professionnels de santé. La concordance avec les bassins de patientèle hospitaliers a renforcé la pertinence de ce découpage.

**Conclusion :** Les flux de patients répondent à une réelle logique territoriale qui, confrontée aux pratiques des professionnels de santé, dessine des territoires pertinents pour une première approche des CPTS.

**Mots-clés :** CPTS ; Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ; URPS-ML ; Stratégie ; 2<sup>nd</sup> recours ; Territoire de santé.

### ↳ Abstract

**Introduction:** Professional and Territorial Health Communities aim at organizing the coordination of health professionals of primary and specialty care, in order to better structure care pathways and improve healthcare access. The flow of patients to specialty care outlines territories whose scale and organization can serve as a basis to identify these communities' territories.

**Method:** The analysis of patient flows to specialty care professionals in Centre-Val de Loire region in 2015 (SNIIRAM data) made it possible to classify medical specialties according to their scale of attractiveness (i.e. regional, departmental and sub-departmental specialties). Among sub-departmental specialties, 5 have been merged to identify common poles of attraction. These empirical poles have been compared to health professionals' perception of territories where they practice in order to refine the territorial subdivision of the region. Patient flows to the General Hospitals (PMSI data) were then defined to compare them with the private practice patient poles.

**Results:** In the region, twenty or so attraction poles can be identified in the six departments of the region. Local areas have been divided into 5 classes, according to their degree of attraction to a pole. Attraction poles seem to be consistent with health professionals' habits. The concordance with hospital patient poles reinforced the relevance of this division.

**Conclusion:** Patients flows respond to a real territorial logic which, confronted to health professionals' real-life practices, draws territories relevant for a first approach of the Professional and Territorial Health Communities.

**Keywords:** CPTS; Modernization of Health Care Organization Law of January 26th 2016; UPRS-ML; Strategy; Specialty care; Health territory.

<sup>1</sup> URPS-ML Centre Val de Loire.

Correspondance : C. de Fontgalland  
chadefontgalland@gmail.com

Réception : 17/04/2019 – Acceptation : 15/03/2020

## Introduction

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) s'inscrit dans la continuité des politiques menées, depuis 2012, contre les déserts médicaux pour renforcer la couverture du territoire, particulièrement dans les zones sous-dotées. Il est connu qu'un système de soins primaires efficace et bien coordonné est un des premiers leviers de l'amélioration de la santé de la population [1]. Dans cette optique, la loi veut améliorer la coordination des professionnels de santé et médico-sociaux autour des soins de proximité et de premier recours, dans une démarche volontariste visant à réduire les inégalités de santé, d'accès aux soins et de vulnérabilité socio-sanitaire [2].

La loi distingue ainsi trois dispositifs : les Équipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)<sup>1</sup>.

Les Équipes de Soins Primaires (ESP) sont organisées autour du médecin généraliste et constituées de professionnels de santé de premier recours en exercice coordonné. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), regroupent plusieurs ESP dans une démarche territoriale et populationnelle, et intègrent, le cas échéant, les professionnels de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> recours ainsi que d'autres acteurs de la santé. Leur projet de santé répond aux besoins de la population et des professionnels de santé pour structurer les parcours de santé, l'accès aux soins (programmés ou non), les conditions d'exercice... Quant aux Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), elles viennent en appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de soins complexes.

Les professionnels de santé libéraux jouant un rôle essentiel dans la prise en charge de 1<sup>er</sup> recours, ils sont invités à initier la création et le fonctionnement de ces dispositifs. Les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) contribuent à l'organisation de l'offre de santé, de l'exercice professionnel, et représentent les professionnels de santé libéraux. C'est la raison pour laquelle les URPS de la région Centre-Val de Loire se sont particulièrement investies dans l'accompagnement des projets de CPTS et, par conséquent, dans une réflexion cartographique qui permette de faciliter l'identification des territoires de CPTS pertinents.

<sup>1</sup> Les PTA ont laissé place aux Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), conformément à la loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (Loi n° 2019-774).

L'URPS-Médecins Libéraux (URPS-ML) CVDL avait déjà fait le constat, face à la faible densité et à la dispersion de la population régionale, que l'exercice en MSP se situait à une échelle trop fine pour une organisation optimale ; il nécessitait donc une coordination entre MSP et/ou en logique de Pôles de Santé (PSP)<sup>2</sup>. Cette réflexion s'est donc faite dans la continuité de ces travaux, autour de l'idée que les aires de patientèle peuvent, pour partie, définir l'organisation de l'offre de soins [3].

L'objectif est d'identifier des CPTS ayant une réelle cohérence territoriale, basée sur des aires de patientèle communes et une préexistence de coordination entre professionnels de santé.

## Méthode

Cette étude s'est penchée sur les flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux en région CVDL (cabinet principal et secondaire), pour les patients résidant en CVDL (SNIIRAM 2014). L'objectif étant de savoir où se rendent les patients et d'identifier leurs trajectoires de soins [4].

L'hypothèse est que les aires de patientèle des spécialistes libéraux peuvent correspondre aux aires de maillage des CPTS en identifiant des territoires vécus de soins pluri-professionnels. Ils correspondent à des territoires opérationnels infra-départementaux, permettant la recherche d'une meilleure équité territoriale [5]. Ce choix se limite à une perception strictement médicale de la coordination, mais la répartition territoriale des autres professions de santé ne fait émerger que des territoires de soins primaires, nécessairement plus restreints géographiquement, et limités à une échelle locale.

Ces flux ont été analysés en région CVDL pour l'ensemble des spécialités médicales libérales autres que la médecine générale, faisant apparaître des bassins de soins dans lesquels les patients ont des comportements homogènes, orientés vers un même centre [6]. Cette méthode, inspirée du système Mirabel de l'INSEE, permet de déterminer les pôles d'attraction en se basant sur les déplacements majoritaires relatifs [3].

Trois profils de spécialités se dégagent de ces premières cartes (tableau I) : les spécialités régionales, possédant deux ou trois pôles d'attraction, les spécialités départementales, en proposant quatre à sept, et les spécialités infra-

<sup>2</sup> En fonction des situations et des échelles, les pôles de santé ont été transformés par la LMSS en CPTS ou en MSP multi-sites.

Tableau I : Typologie des spécialités médicales autres que la médecine générale en région CVDL en fonction de l'étendue de leur aire de patientèle

Type	Spécialités médicales	Nombre de PS	Nombre d'actes
<b>Spécialités régionales</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2	1 073
	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	5	506
	Génétique médicale	2	2 896
	Gériatrie	1	6 513
	Hématologie	3	36 259
	Neurochirurgie	7	16 365
	Neuropsychiatrie	2	3 860
	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5	61 886
<b>Spécialités départementales</b>	Anatomo-cytopathologie	19	475 724
	Chirurgie vasculaire	17	65 562
	Chirurgie viscérale et digestive	18	68 075
	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	20	63 820
	Gynécologie médicale et obstétrique	13	209 028
	Médecine interne	10	85 267
	Médecine nucléaire	23	88 976
	Médecine physique et réadaptation	10	82 921
	Néphrologie	25	517 007
	Oncologie médicale	6	110 888
<b>Spécialités infra-départementales</b>	Chirurgie générale	40	199 120
	Chirurgie urologique	36	253 688
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	85	594 963
	Dermatologie et vénérologie	93	1 306 520
	Endocrinologie et métabolisme	28	340 563
	Gastro-entérologie et hépatologie	76	607 180
	Gynécologie médicale	36	442 639
	Gynécologie obstétrique	123	1 327 260
	Neurologie	25	213 046
	Oncologie radiothérapie	18	342 674
	Ophthalmologie	150	3 160 941
	Oto-rhino-laryngologie	73	680 672
	Pathologies cardiovasculaires	165	1 582 518
	Pédiatrie	86	1 344 003
	Pneumologie	37	328 841
	Psychiatrie générale	189	2 258 173
	Radiodiagnostic	202	4 640 384
	Rhumatologie	59	767 087
	Stomatologie	18	124 992

départementales qui en ont plus de sept (en moyenne trois ou quatre par département). Les deux premières dessinent des territoires trop vastes pour des CPTS.

Parmi les 19 spécialités infra départementales, ont été retenus la dermatologie, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'ORL et le radiodiagnostic<sup>3</sup>.

Ces données ont été fusionnées pour identifier le pôle d'attraction principal de chaque commune. Toutes les communes dont les flux majoritaires se dirigent vers le même pôle sont classées dans le même bassin [5].

La réflexion a ensuite été étendue aux flux de patientèle des centres hospitaliers (CH) de la région, toutes spécialités confondues (PMSI 2014). L'attraction du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tours et du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) est très importante, et les patients se font soigner en majorité au CHU ou au CHRO dans presque toute la région. Il a donc fallu identifier le bassin d'attraction principal de chaque CH, dans lequel se concentre 75 % ou plus de sa patientèle.

Cette carte théorique a ensuite été confrontée aux pratiques des professionnels de santé sur quelques territoires de la région, sélectionnés en fonction de la présence d'élus de l'URPS-ML actifs et engagés ; ils ont analysé leurs pratiques et celles de leurs confrères afin de les comparer aux résultats proposés. Par la suite, ces cartes ont été présentées aux professionnels accompagnés dans le cadre d'un projet de CPTS, qui ont pu valider leur pertinence et les utiliser pour définir précisément le territoire de leur CPTS.

## Résultats

Chaque commune a été attribuée à un pôle d'attraction puis distribuée en cinq classes : dans la classe 1, 100 % des habitants vont consulter dans un seul pôle pour toutes les spécialités. Dans la classe 2, les habitants vont consulter dans ce pôle pour toutes les spécialités sauf une (soit dans 66 % à 99 % des cas). Dans la classe 3, les habitants vont consulter dans ce pôle pour la majorité des spécialités (50 à 65 % des cas). Dans la classe 4, ils vont principalement consulter dans ces pôles (moins de 50 % des cas). La classe

5 regroupe les communes pour lesquelles aucun pôle d'attraction majoritaire ne se dégage.

Les classes 1 et 2, regroupant les communes ayant un comportement parfaitement homogène ou très homogène pour le recours aux soins, représentent plus de 68 % du territoire régional.

La région CVDL se caractérise, dans sa globalité, par une situation démographique médicale difficile, avec la densité de médecin généraliste la plus basse de France métropolitaine. Le nombre de pôles d'attraction par département varie (figure 1) avec des profils hétérogènes.

La situation est particulièrement préoccupante dans l'Indre, où seuls deux pôles d'attraction se dessinent : Châteauroux, la préfecture, regroupe la quasi-totalité des spécialistes libéraux et draine des patients de tout le département, sauf dans le quart Sud-ouest, où Le Blanc prend le relais.

Dans le Cher, trois pôles d'attraction se distinguent : Vierzon, Bourges et Saint-Amand-Montrond, avec une force d'attraction pour la préfecture (Bourges) très importante sur une moitié du territoire. Le Nord du département, éloigné de Bourges, est happé par le Loiret.

Le Loir-et-Cher se découpe en trois territoires assez homogènes, autour de Vendôme, Blois et Romorantin-Lanthenay, même si la préfecture étend son attraction vers le Sud.

Le Loiret et l'Eure-et-Loir comptent quatre pôles d'attraction. Chartres et Orléans gardent des pouvoirs d'attraction plus importants, mais d'autres agglomérations permettent un maillage plus équilibré de ces départements (Montargis, Pithiviers et Gien dans le Loiret, Nogent-le-Rotrou, Dreux et Châteaudun en Eure-et-Loir).

L'Indre-et-Loire est le département où la démographie médicale est la moins faible, notamment du fait de la présence du CHU à Tours (la région étant la seule où le CHU n'est pas situé dans la préfecture et n'ayant qu'un seul CHU). Cinq pôles d'attraction se dessinent, avec une prédominance de la préfecture sur le Nord du département. Chinon, Loches, Amboise et Joué-les-Tours viennent dessiner un maillage aux superficies très hétérogènes mais répondant à des logiques territoriales solides.

La correspondance entre les pôles d'attraction libéraux et les bassins principaux de patientèle des CH est presque parfaite (figure 2). Les différences semblent être liées à l'impossibilité d'affiner le découpage des bassins des CH en-dessous de la zone géographique PMSI.

L'hypothèse de départ semble donc vérifiée : les aires d'attraction des médecins spécialistes libéraux peuvent donner une première idée du maillage de la région en CPTS (figure 3).

<sup>3</sup> Ces spécialités sont parmi celles qui ont la plus forte patientèle, sont les plus courantes, ne concernent pas une population spécifique comme la gynécologie ou la pédiatrie, et reçoivent les patients en consultation et non en chirurgical.

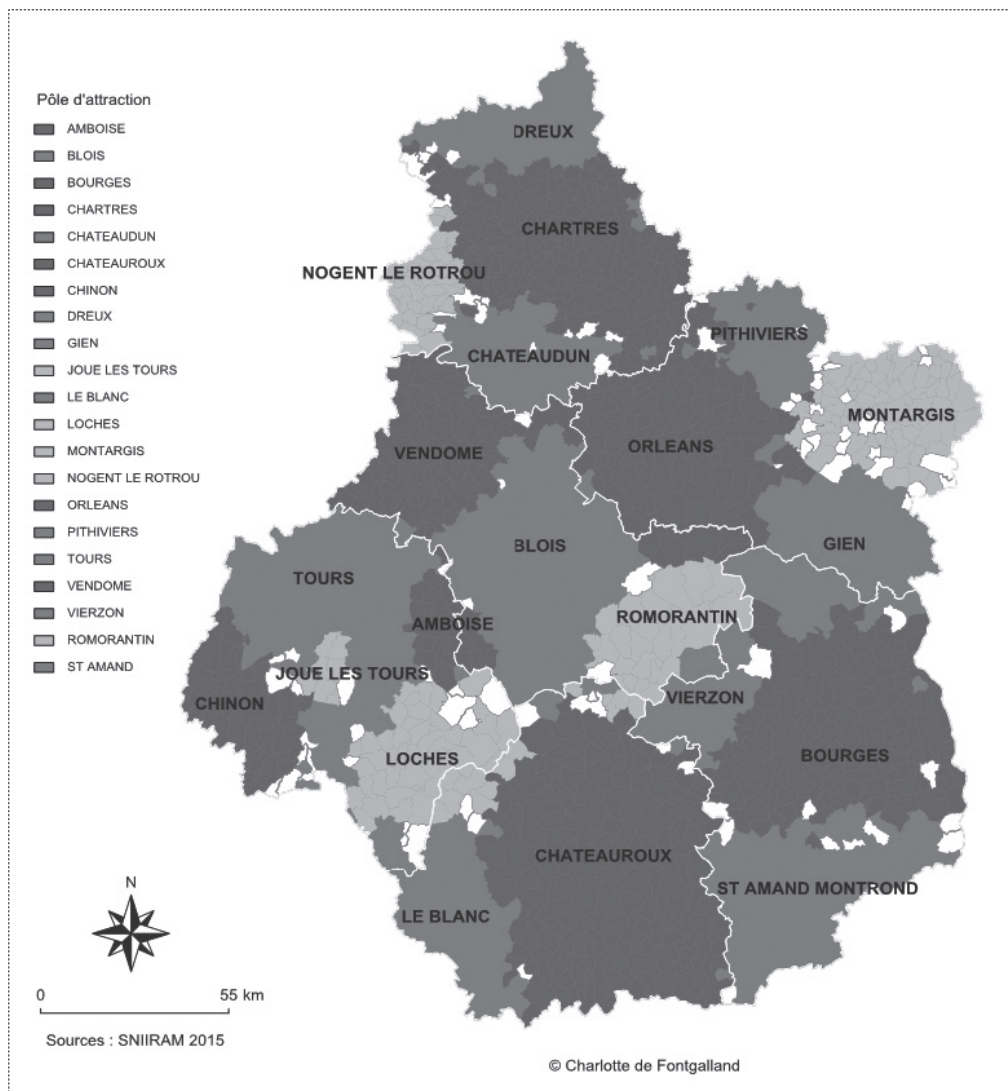


Figure 1 : Pôles d'attraction des médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire en 2015

## Discussion

La région CVDL compte aujourd'hui 14 CPTS ayant contractualisé avec l'ARS. Huit autres sont à un état avancé de réalisation, et au total une trentaine de territoires s'organisent de façon efficace et concertée.

La cartographie des flux de patientèle a servi de base à la réflexion des professionnels de santé pour se regrouper sur des territoires de soins vécus et engager une réflexion territoriale de projet de santé. Elle ne constitue en aucun cas un résultat final ou un découpage officiel, mais une modélisation pertinente en appui à la concrétisation des directives de la LMSS et du Plan Santé 2022.

La similitude observée entre le recours aux soins auprès de spécialistes libéraux et hospitaliers tend à montrer que les CPTS devraient se construire en parallèle des Groupements Hospitaliers de Territoire, de façon concertée et réfléchie, afin de proposer aux patients des projets de santé cohérents sur un même territoire. Un axe « ville-hôpital » est d'ailleurs présent dans la quasi-totalité des projets de santé des CPTS, les professionnels de ville et hospitaliers étant tous demandeurs de cette coordination.

Cette cartographie s'est révélée tout à fait pertinente pour les zones semi-rurales bénéficiant d'une offre, même limitée, de second recours et d'une offre hospitalière. Elles représentent 16 CPTS sur les 32 envisagées en région CVDL. La carte permet aussi d'objectiver les lieux ruraux et reculés, comme le Nord de la Touraine et l'Indre, où le

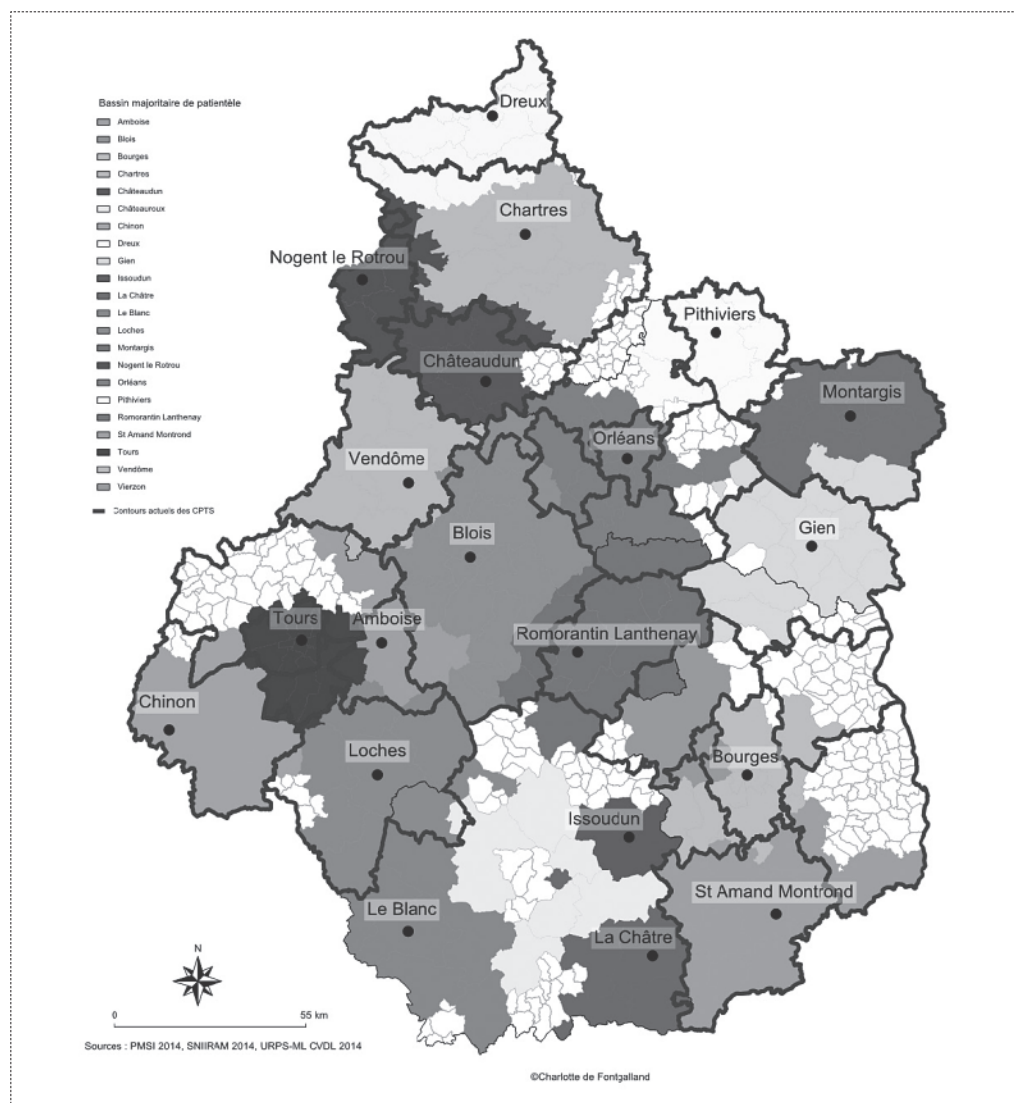


Figure 2 : Concordance entre les bassins de soins libéraux et les bassins d'attraction hospitaliers

manque de professionnels du 2<sup>nd</sup> recours ne permet pas d'identifier un maillage suffisamment fin du territoire. Les limites de ces CPTS ont été débattues avec l'ensemble des professionnels de ces territoires, donnant lieu à des modifications parfois importantes par rapport à la modélisation proposée par la carte.

Le manque de spécialistes dans certains territoires ou leur sur-spécialisation, la relation humaine entre un médecin et son patient peuvent expliquer pourquoi un tiers de la population n'observe pas d'homogénéité dans les pôles d'attraction.

Les CPTS ont vocation à être définies, organisées et animées par les professionnels de santé libéraux, en lien avec les autres acteurs médico-sociaux du territoire. Leurs projets de santé répondent à leurs besoins ainsi qu'à ceux

des habitants, passant d'une logique de patientèle à une logique populationnelle, d'une logique de cabinet à une logique territoriale. C'est pourquoi cette méthodologie s'appuie sur les flux de patientèle plus que sur les trames populationnelles, sur l'activité des médecins plutôt que sur le recours des bénéficiaires, sur les enjeux d'organisation de l'offre de soins plus que sur les enjeux d'accès aux soins.

L'établissement d'un diagnostic territorial par les acteurs de santé du territoire est primordial pour définir des actions répondant aux besoins identifiés [7]. Les projets de santé des CPTS actuellement en fonctionnement proposent des outils pour pallier les problèmes de désertification médicale et répondre aux problématiques liées aux spécificités de chaque territoire : difficultés de certains publics, pathologies spécifiques, parcours de soins, etc. Des

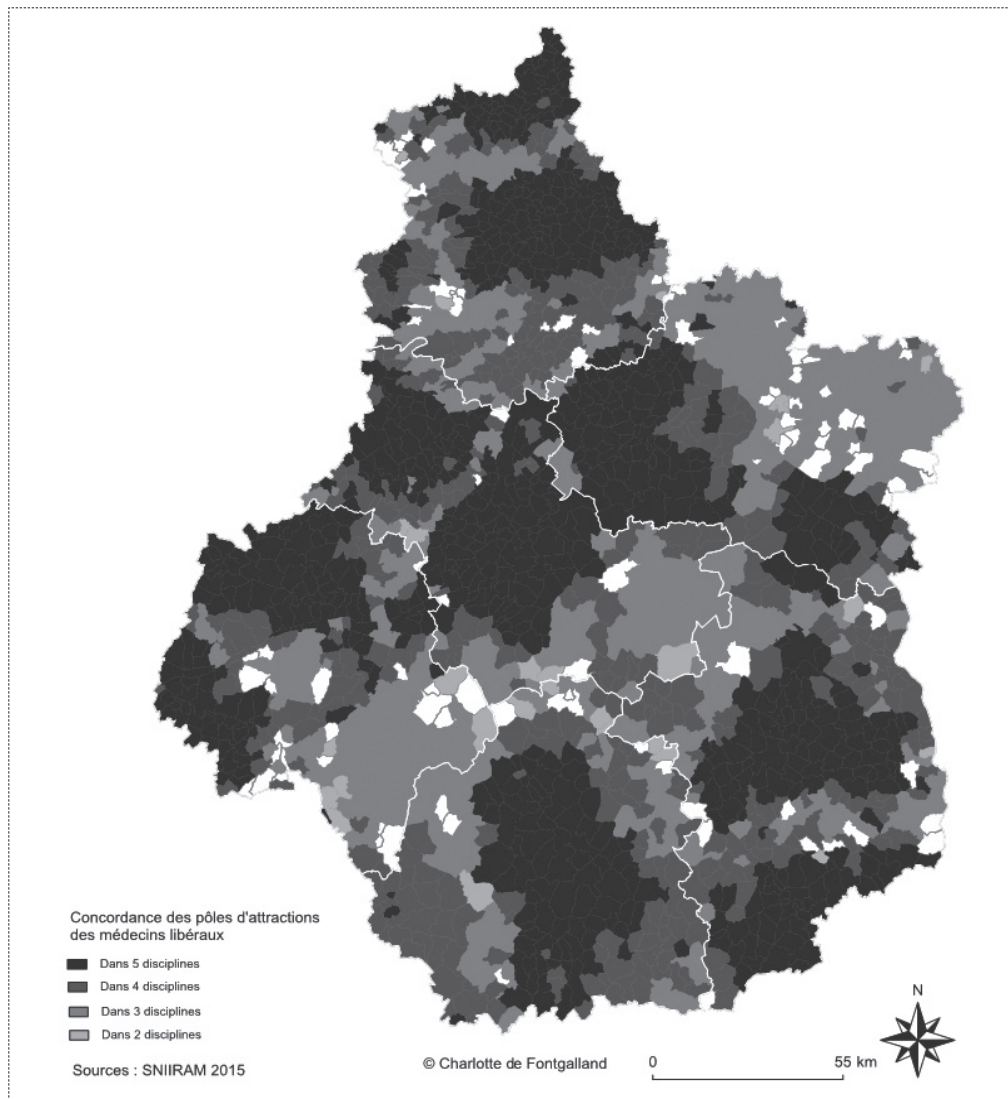


Figure 3 : Concordance des pôles d'attraction des dermatologues, gastro-entérologues, ophtalmologues, ORL et radiologues libéraux en région CVDL en 2015

expérimentations en télémédecine (télé-expertise et télé-consultations) se mettent en place entre professionnels libéraux, soit entre médecins (médecins généralistes et dermatologues), soit entre médecins et autres professionnels de santé (ophtalmologues et orthoptistes, stomatologues et chirurgiens-dentistes), ou entre médecine ambulatoire et établissements de santé. Les CPTS se saisissent également des dispositifs d'Assistants Médicaux et d'Infirmières de Pratique Avancée pour organiser l'exercice coordonné sur leur territoire, ainsi que des consultations avancées ou maisons de spécialistes pour réduire les inégalités d'accès aux soins liées à la proximité et à la disponibilité de l'offre de soins [8].

Ces actions sont montées en concertation avec différents acteurs du territoire, en fonction du profil et des spécificités

de la CPTS : établissements de santé ou médico-sociaux, contrats locaux de santé (CLS), associations de patients, etc.

Cette méthode a été appliquée dans huit autres régions françaises<sup>4</sup> ; elle connaît ses limites dans des régions de moindre superficie – comme la Martinique – où le territoire et le nombre de professionnels de santé semblent plus favorables à la constitution d'ESP que de CPTS.

Cette méthode a donc permis, dans un premier temps, d'interroger l'échelle la plus pertinente pour identifier les CPTS et la confronter à la réalité de l'exercice des professionnels de santé. Elle a été déclinée pour pouvoir, dans un deuxième temps, analyser les pratiques des professionnels

<sup>4</sup> Régions Grand-Est, Nouvelle Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Bretagne et Martinique.

du 1<sup>er</sup> recours et de découper plus finement ces territoires. De même, les métropoles présentent une problématique différente étant donné leur attractivité et soulèvent l'enjeu d'un maillage solide en ESP, sur les territoires infra-urbains.

La LMSS attribuée à chaque échelon (ESP-CPTS-PTA) des pouvoirs et des possibilités qui lui sont propres mais qui doivent s'imbriquer avec les autres échelons pour un bon fonctionnement. La structuration de ces organisations doit donc tenir compte des jeux et enjeux d'acteurs et d'échelles.

Les actions des URPS et de l'ARS étant soumises aux limites administratives de la région, les flux de patients étudiés ne concernaient que les résidents de CVDL. Une coordination interrégionale entre CPTS apparaît cependant nécessaire, et commence à s'organiser dans certains territoires frontaliers. Ce constat nécessite l'ouverture et le partage de données entre régions pour s'affranchir pleinement des limites administratives et offrir une vue cartographique la plus proche du vécu des usagers et des professionnels. Des CPTS débordant les limites régionales sont actuellement en construction en région Centre-Val de Loire, mais restent soumises à des difficultés administratives, notamment en ce qui concerne le versement des ACI par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

---

## Conclusion

---

Ce travail sur les flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux en région CVDL a accompagné la mise en place des premières CPTS, dont les limites territoriales approchent celles modélisées par cette étude.

La méthode utilisée et les résultats présentés ont facilité le travail des professionnels de santé pour identifier les confrères avec qui monter un projet de santé commun, de façon coordonnée, sur un territoire cohérent. Plusieurs régions<sup>5</sup> ont d'ailleurs demandé à l'URPS-ML CVDL de

reproduire ce travail sur leur territoire, et cette méthode a fait l'objet de plusieurs présentations à l'IGAS et à la DGOS lors de l'université d'été du Ministère de la santé.

Une approche quantitative des habitudes de soins a donc été utile et efficace pour la mise en application de directives de la LMSS.

*Aucun conflit d'intérêts déclaré*

---

## Références

---

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Service Research*, 2003 Jun; 38(3):831-65.
2. Champetier de Ribes D. Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau. *Regards 2018/1* (N° 53). pages 57 à 68.
3. Macé JM, Picheral H. Les territoires inégaux des acteurs et des institutions du système de soins. *In*: Kervasdoué J de, editor, Santé et territoire, carnets de santé de la France 2014, Baume-les-Dames (France), 2014;127-44.
4. Lucas V, Tonnelier F, Vigneron E. Une typologie des paysages socio-sanitaires en France. Paris, Credes, 1998, n° 1220.
5. Macé JM. Répercussion du vieillissement de la population sur la consommation hospitalière et sur la démographie médicale dans les territoires en France métropolitaine : exemple des obstétriciens. *CIST 2014 – Fronts et frontières des sciences du territoire*, Mars 2014, Paris, France. *Proceedings du 2<sup>e</sup> colloque international du CIST*, 2014;271-7.
6. Vigneron E, Corvez A. Santé publique et aménagement du territoire. *Actualité et dossier en santé publique*, 29, 1999. Picheral H, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Montpellier, 2001.
7. Le Run J-L. La carte et le territoire, *Enfances & Psy* 2020/1 (N° 84), pages 6 à 12.
8. Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales. *Étude collaborative Irdes/ORS*, DT n° 80, Juillet 2019.-

---

<sup>5</sup> idem