



HAL
open science

Dessiner le territoire de savoir au service du territoire de pouvoir. Exemple des médecins généralistes en France métropolitaine

Katsiaryna Kananovich, Jean-Marc Macé

► To cite this version:

Katsiaryna Kananovich, Jean-Marc Macé. Dessiner le territoire de savoir au service du territoire de pouvoir. Exemple des médecins généralistes en France métropolitaine. CIST2023 - Apprendre des territoires / Enseigner les territoires, Collège international des sciences territoriales (CIST), Nov 2023, Aubervilliers, France. pp.376-379. hal-04430794

HAL Id: hal-04430794

<https://hal.science/hal-04430794>

Submitted on 1 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Dessiner le territoire de savoir au service du territoire de pouvoir. Exemple des médecins généralistes en France métropolitaine

AUTEUR-ES

Katsiaryna KANANOVICH,
Jean-Marc MACÉ

RÉSUMÉ

La compréhension de la réalité territoriale des inégalités d'accès aux soins nécessite une « approche empirique » basée sur la « réelle pratique spatiale » des usagers. Pour rendre intelligibles les 286 millions de flux « domicile-cabinet médical » issus de la base du SNIIRAM, une maille géographique pertinente est ici proposée pour le diagnostic territorial : le « territoire vécu ». L'identification des territoires fragiles donne un réel éclairage aux décideurs institutionnels pour répondre au mieux au respect des politiques publiques afin de rechercher la meilleure adéquation de l'offre à la demande effective de soins. Ces informations territorialisées permettent d'identifier les zones géographiques menacées par la sous-densité de médecins généralistes, information utile aux différentes parties prenantes (élus, citoyens, etc.). Ainsi, l'information issue du « territoire de savoir » vers le « territoire de pouvoir » participe à la démocratisation sanitaire de l'accès aux soins de première ligne.

MOTS CLÉS

données spatiales, territoire vécu, territoire de savoir, territoire de pouvoir, diagnostic territorial, plateforme virtuelle

ABSTRACT

Understanding the territorial reality of inequalities in access to care requires an “empirical approach” based on the “real spatial practice” of users. The concept of “lived territory” is defended as a relevant geographical unit which helps to process the data of 286 million “home-general practitioner” flows from SNIIRAM database and suggests a better congruence between health care supply and effective demand for care. The identification of fragile territories gives a real insight to institutional decision-makers to best respond to the match between supply and effective demand through public policies. Moreover, this territorialised information, identified through the lived territory concept regarding the geographical areas threatened by the general practitioners' under-density, is also useful for the various stakeholders, such as elected officials, citizens, etc. This is how the information from the “territory of knowledge” to the “territory of power” participates in the democratisation of primary care access.

KEYWORDS

Spatial data, Lived territory, Territory of knowledge, Territory of power, Territorial diagnosis, Virtual platform

Les informations liées aux données d'accès aux soins sont collectées dans la base du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). Afin de percevoir la complexité des systèmes territoriaux, cette recherche propose une « approche empirique » originale basée sur la « réelle pratique spatiale » des usagers. Pour rendre intelligibles ces données brutes et les interpréter, il est impératif de disposer d'une échelle géographique opérationnelle dans le but d'identifier les « territoires fragiles ». Ces informations territorialisées permettent aux différentes parties prenantes (citoyens, spécialistes, élus) de comprendre et de connaître les zones géographiques menacées par la sous-densité de médecins généralistes. De fait, l'identification des territoires fragiles donne un réel éclairage aux décideurs institutionnels pour répondre au mieux aux respects des politiques publiques. Pour rechercher une meilleure adéquation de l'offre à la demande effective de soins, la maille géographique pertinente proposée dans cette étude s'appuie sur le concept du « territoire vécu » de médecins généralistes. Ce maillage géographique est établi à partir des flux « domicile-cabinet de médecins généralistes ». Après avoir construit un « contenant spatial », il est procédé à une analyse du « contenu spatial » en mobilisant des variables démographiques et sanitaires (densité médicale, consommation de soins, etc.). Ainsi, la visualisation des données spatialisées permet de comprendre la synergie des phénomènes qui concourent aux inégalités sanitaires des populations. Les informations mises en exergue sont communiquées aux usagers *via* une plateforme virtuelle sous la forme d'un « atlas interactif » dans une volonté de culture d'apprentissage auprès des acteurs. La proposition de territorialisation par la notion du territoire vécu interroge face au paradigme territorial installé par les institutions publiques bien plus habituées à se référer à des entités spatiales administratives traditionnelles (régions, départements, etc.). Pour les pouvoirs publics (agence régionale de santé / ARS), le territoire de proximité de référence s'appuie sur les « bassins de vie de santé ». Cette entité spatiale émane d'une méthodologie issue de l'Insee et consiste à croiser les données de la Base équipements et de l'Enquête globale transport de 2010. En France, l'Insee identifie 2 700 bassins de vie, résultat de l'agrégation territoriale liée à des flux hétérogènes de lieux potentiellement pourvoyeurs de services (petite enfance, éducation, formation, santé, commerces, équipements sportifs et culturels). En revanche, l'approche par le concept du territoire vécu donne une cohérence territoriale respectant au mieux la démocratie sanitaire et se réfère précisément à la migration ciblée des patients. De fait, ce type d'innovation se confronte au défi majeur de services du secteur public. En effet, ce type de structure, notamment par son modèle organisationnel bureaucratique (règles et normes de fonctionnement) génère de fortes résistances face à toute volonté de changement. Selon

Lemay *et al.* (2012), l'intégration du management des connaissances dans ce type d'organisation passe par la transformation de l'organisation en organisation intelligente capable d'interroger le paradigme de ses pratiques de fonctionnement (Tsoukas & Chia, 2002). La connaissance dans une telle organisation apprenante est par conséquent considérée non pas uniquement comme un objet, mais est représentée par une activité organisationnelle. Ainsi, le territoire vécu est ici présenté comme un modèle dans le sens exprimé par Durand-Dastès en 1992 : « une représentation schématique de la réalité élaborée en vue de l'expliquer, ou encore de la comprendre et de la faire comprendre » (cité dans Ermine, 2008).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Selon le recensement de 2014 de l'Insee, la France métropolitaine compte 65 millions d'habitants répartis dans 35 755 communes. Ces données permettent d'identifier pour chaque commune les caractéristiques démographiques (âges, sexe) et socioéconomiques (catégories socioprofessionnelles, mode d'habitat, etc.). En ce qui concerne la mortalité générale, les données sont également issues de l'Insee, recensées au niveau de la commune de la personne décédée. Elles sont regroupées sur une période de cinq ans (2015 à 2019) afin de gagner en robustesse pour le calcul des indices comparatifs de mortalité (ICM). Enfin, la base du SNIIRAM¹ recense en 2015 près de 286 millions d'actes de médecins généralistes sur l'année pour la France.

En 2015, l'activité générée par les 62 500 médecins généralistes installés dans environ 8 000 communes en France métropolitaine (hors Corse) représente 275 millions de consultations. Globalement, les Français consomment 4,1 consultations par an, et disposent de 9,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Si les médecins réalisent en moyenne environ 4 000 actes par an, ils ne travaillent pas de la même manière, notamment en début et en fin de carrière. Afin d'éviter la surreprésentation des médecins généralistes dotés d'une faible activité, un seuil d'activité minimum est fixé à moins de 1 000 actes par an (union régionale des professionnels de santé / URPS du Centre-Val de Loire). Par conséquent, cette pondération ampute 9 000 médecins généralistes de faible activité et porte le panel d'omnipraticiens dotés d'une activité moyenne supérieure à 999 actes par an à 53 466 médecins généralistes répartis dans 7 800 communes. Du point de vue méthodologique, il est impératif d'éviter un biais populationnel qui altérerait la construction des territoires vécus et l'identification de la densité médicale. Cette réduction des actifs entraîne une modification de l'indicateur concernant la densité moyenne de médecins généralistes (8,5 pour 10 000 habitants). La construction du territoire vécu repose sur la « méthode des flux relatifs » qui tient compte des migrations « départ arrivée » des usagers. Mise en place par l'Insee dès 1975 (Terrier & Blum-Girardeau, 1980 ; Bessy & Ronsac, 1986) pour l'élaboration des zones d'emploi, cette technique est ici transposée au domaine de la médecine de ville (Macé, 2007) et consiste à analyser les flux des usagers « domicile-cabinet de médecin ». La formulation (Kononovich *et al.*, 2018) de cette orientation majoritaire des hospitalisés vers un pôle hospitalier s'écrit tel que :

$$\text{Lien majoritaire « domicile – cabinet médical »} = \frac{\text{Flux issus de la commune « a » vers le pôle cabinet médical « A »}}{\sum \text{Flux issus de la commune « a »}}$$

Où « a » est la commune de « départ » du flux et « A » est la commune « d'arrivée » du flux.

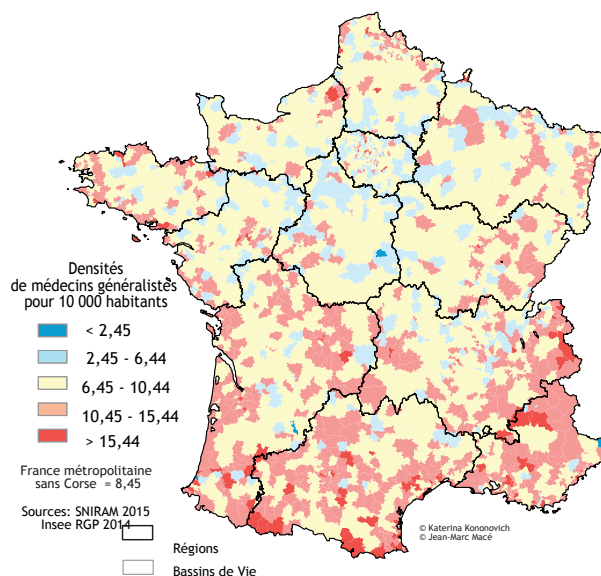
Dans la mesure où l'analyse des déplacements est ciblée sur le recours aux médecins généralistes reflétant la réelle pratique spatiale des usagers, l'entité spatiale obtenue correspond à un « véritable territoire opérationnel du recours aux médecins généralistes ».

ANALYSES ET RÉSULTATS

Ainsi en 2015, l'analyse des 275 millions de flux de patients issus des 36 000 communes de France métropolitaine (sauf la Corse) permet d'identifier 8 045 territoires vécus de recours aux médecins généralistes contre seulement 2 700 bassins de vie pour l'Insee. De fait, le maillage spatial des territoires vécus est beaucoup plus fin que celui retenu par les administrations sanitaires. Par ailleurs, le défaut d'emboîtement d'échelle de ces deux entités spatiales laisse apparaître des discordances territoriales.

Cette constatation n'est pas anodine car elle impacte directement le diagnostic territorial. En effet, la confrontation entre ces deux références territoriales montre une sous-estimation des populations défavorisées dans les zones géographiques de sous densité de médecins généralistes en France métropolitaine. Avec une densité moyenne de 8,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants au niveau national, il est légitime d'identifier les espaces les plus déficitaires en ressources médicales, c'est-à-dire en dessous de 6,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Force est de constater qu'à comparaison égale le dénombrement de population la moins bien lotie en médecins généralistes est fortement minimisé avec la maille géographique du bassin de vie par rapport à celle du territoire vécu. En effet, en se référant au bassin de vie, seules 404 de ces entités spatiales regroupant environ 6,5 millions d'habitants (fig. 1) apparaissent démunies en ressource médicale contre 11,7 millions d'habitants répartis dans 2 067 territoires vécus (fig. 2).

Figure 1. Densités des médecins généralistes selon la maille du bassin de vie



¹ Autorisation CNIL 2016-073 du 12 mai 2016.

Figure 2. Densités des médecins généralistes selon la maille du territoire vécu

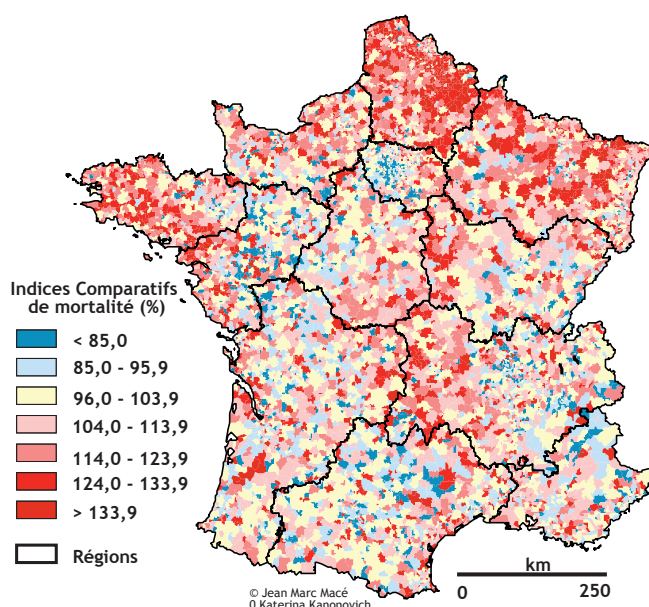
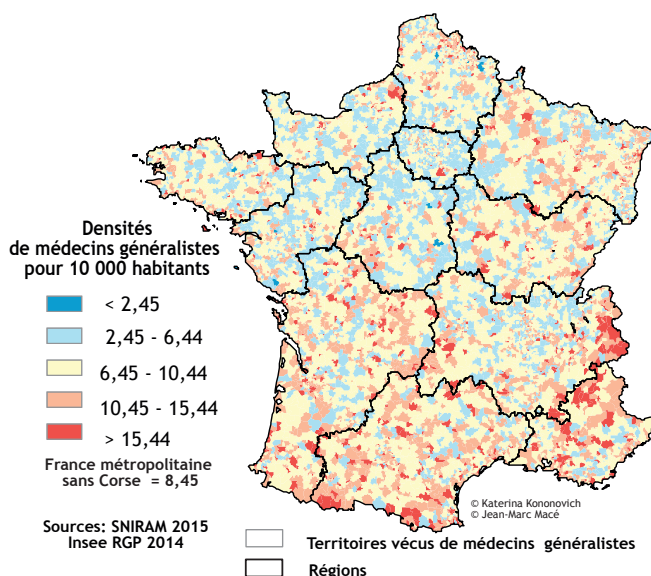
L'état de santé de la population n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national. En effet, 42 % de la population française répartis dans 4 000 territoires vécus (27 millions d'habitants) présentent un mauvais état de santé (ICM supérieurs à 104 %), notamment dans les départements du Pas-de-Calais et du Nord, où 40 % des habitants (soit 2 millions) sont dotés d'un très mauvais état de santé avec des ICM supérieurs 144 % (fig. 3) comme dans les territoires vécus de Lourches (ICM = 198 %) ou de Dechy (ICM = 226 %). À l'opposé, 28 % de la population française (18 millions d'habitants) sont situés dans 2 000 territoires dotés d'un bon état de santé avec des ICM inférieurs à 96 %. Les territoires les mieux lotis sont localisés en Île-de-France, avec en premier lieu Paris dont 90 % de sa population est favorisée par un bon état de santé, suivi du département des Hauts-de-Seine avec 80 % de population favorisée et du département du Val-de-Marne avec 62 % de population favorisée. Au regard des résultats observés au niveau des 8 000 territoires vécus qui couvrent la France métropolitaine (sans la Corse), il apparaît que la distribution des densités médicales n'est pas dictée par l'état de santé de la population, les densités de médecins généralistes n'étant pas corrélées avec les indicateurs de mortalité ($r^2 = 0,0002$).

Figure 3. Indices comparatifs de mortalité selon la maille du territoire vécu

Dès 2004, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)², à l'instar de certaines agences régionales de l'hospitalisation (ARH) comme en Bretagne, Rhône-Alpes, Picardie ou Basse-Normandie, s'est emparée du concept du territoire vécu pour mettre en place la territorialisation sanitaire. Depuis, certaines de ces régions ont rejoint, de manière atavique, un aspect jacobin délaissant leur conception girondine initiale (Basse-Normandie³). Pour autant, cette approche empirique continue de séduire en 2023 et constitue même la base de référence de certaines URPS pour la construction de leurs propres territoires de santé (par exemple, dans les régions Centre-Val de Loire et Île-de-France).

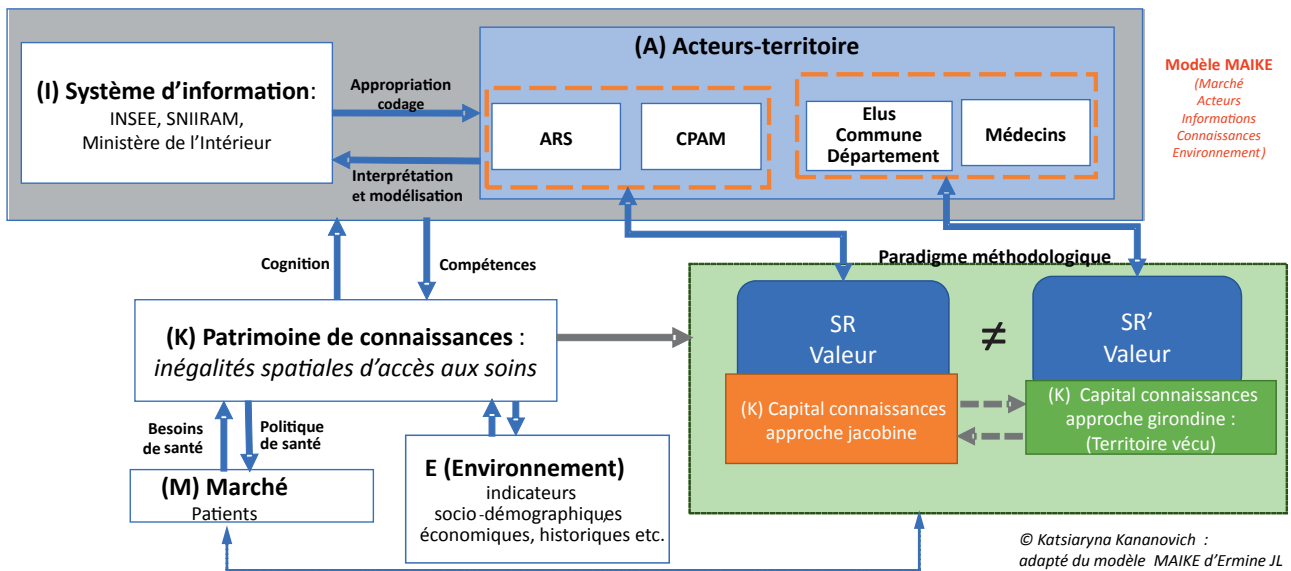
Les travaux de recherche concernant l'accès aux soins de médecins généralistes participent à la démocratisation de la connaissance auprès des acteurs de terrain (usagers, décideurs). Bien que le « territoire vécu » se dessine par les acteurs du territoire, il n'est pas cependant tout à fait « visible » et accepté par les décideurs publics. Cette « invisibilité » spatiale s'explique notamment par la nature conflictuelle du concept de territoire, formé d'une succession de maillages emboîtés de communes, cantons, départements et autres régions. Dans ce sens, ce conflit organisationnel inscrit le concept de territoire dans la continuité de l'approche de l'immatérialisme de Berkeley et le territoire vécu dans celle du *noumène* de Kant, à savoir une connaissance existant comme une chose en tant que telle et indépendamment de sa perception par les acteurs ou comme le résultat d'une intuition sensible. Par conséquent, le territoire vécu peut être représenté comme une plateforme « d'apprentissage organisationnel » et une source de connaissances principale en matière de pratiques spatiales des acteurs (fig. 4). L'identification du territoire vécu passe à la fois par les phases de codage et de modélisation de connaissances permettant ainsi de transformer les connaissances tacites en connaissances explicites (ce qui est défini comme un processus d'externalisation par Nonaka *et al.* [2000]) et donc « visibles » pour les organismes publics (ministère, agences régionales de santé). Ceci représente un élément incontournable dans la planification des services de soins par les pouvoirs publics, dont les pratiques de planification s'inscrivent encore dans une logique jacobine et un système fermé de circulation des informations.

Relayer l'information *via* un site internet permet à l'ensemble des citoyens d'interroger le recours aux soins de première ligne au niveau local. Ainsi, cette approche innovante met à disposition des acteurs un atlas numérique favorisant non seulement la comparaison à d'autres territoires, mais également l'identification d'inadéquations de l'offre de soins aux « besoins » réels des populations locales. Les cartes interactives de l'atlas numérique offrent, sur l'ensemble de la France métropolitaine, la possibilité pour chaque usager de localiser son offre de soins de proximité, de visualiser l'emprise spatiale de chaque pôle médical,



2 Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS) de troisième génération.

3 Arrêté du 22 mars 2005 fixant les limites des territoires de concertation de la région Basse-Normandie.



de connaître les principales orientations des flux des personnes domiciliées de leur commune vers un cabinet de médecins généralistes. Comme le souligne Biosse-Duplan (2017), c'est bien « la représentation et la participation [des usagers] [...] au sein du système de santé [qui] fournissent un marqueur positif de démocratie en santé ». Ainsi, le diagnostic territorial réalisé au niveau de « territoires vécus » permet d'apporter l'information issue du « territoire de savoir » vers le « territoire de pouvoir » (Kononovich & Macé, 2023).

CONCLUSION

Un diagnostic territorial pertinent offre une meilleure compréhension de l'environnement de chaque usager. La mise à disposition d'une cartographie numérisée⁴ permet, en toute transparence, de porter à la connaissance de chaque citoyen les disparités spatiales de la consommation des soins de médecins généralistes. De ce fait, l'approche numérique vient rompre la culture d'un certain maintien de l'obscurantisme de l'administration sanitaire dans ses arbitrages de l'organisation de l'offre de soins. Dépassant souvent les frontières administratives habituelles, cette organisation doit nécessairement être adaptée aux réels besoins de ces usagers. L'identification des besoins de soins des médecins généralistes, ou plus exactement de « la demande de soins », doit émaner de l'interface entre les « usagers » et les « décideurs », entre les « élus » et les « administratifs », entre les « citoyens » et les « pouvoirs ». Cet éclairage local des « besoins » de la population contribue à rechercher la meilleure adéquation de l'offre à la demande.

RÉFÉRENCES

- Bessy P., Ronsac J. J., 1986, « Les zones d'échange habitat-emploi. Contours en 1982 et évolution 1975-1982 », *Cahier d'aspects*, n° 14.
- Biosse-Duplan A., 2017, « Chap. 1. Démocratie sanitaire. Cadre légal, périmètre et tentative de définition », in A. Biosse-Duplan, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*, Paris, Dunod, p. 5-31 [[cairn.info/democratie-sanitaire--9782100710188-p-5.htm](https:// Cairn.info/democratie-sanitaire--9782100710188-p-5.htm)].
- Ermine J.-L. (dir.), 2008, *Management et ingénierie des connaissances : modèles et méthodes*, Paris, Lavoisier [[lavoisier.fr/livre/economie/management-et-ingenierie-des-connaissances-modeles-et-methodes/ermine/descriptif-9782746219458](https:// Lavoisier.fr/livre/economie/management-et-ingenierie-des-connaissances-modeles-et-methodes/ermine/descriptif-9782746219458)].
- Kononovich K., Macé J.-M., 2023, « Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France. Le numérique en santé au service des territoires vécus », *Netcom*, 36(3-4), numéro thématique « E-santé et territoires : regards multidisciplinaires » [[doi.org/10.4000/netcom.7256](https:// doi.org/10.4000/netcom.7256)].
- Kononovich K., Macé J.-M., Yuryeva E., 2018, « Impact of Population Ageing on Hospital Consumption and Medical Demography in Metropolitan France. The Example of Obstetricians », *Medical University*, 1(1), p. 25-31 [[hal.science/hal-02870760](https:// hal.science/hal-02870760)].
- Lemay L., Bernier L., Rinfret N., Houfort N., 2012, « Maturité organisationnelle des organisations publiques et management des connaissances », *Canadian Public Administration*, 55(2), p. 291-314 [[doi.org/10.1111/j.1754-7121.2012.00223.x](https:// doi.org/10.1111/j.1754-7121.2012.00223.x)].
- Macé J.-M., 2007, « La notion de "territoire" comme outil de la planification sanitaire », *REGARD*, n° 31, p. 97-111.
- Nonaka I., Toyama R., Konno N., 2000, « SECI, Ba and Leadership: A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation », *Long Range Planning*, 33(1), p. 5-34 [[doi.org/10.1016/S0024-6301\(99\)00115-6](https:// doi.org/10.1016/S0024-6301(99)00115-6)].
- Terrier C., 1980, « Réalité des régions françaises », *Économie et statistique*, n° 118, p. 53-59 [[doi.org/10.3406/estat.1980.4312](https:// doi.org/10.3406/estat.1980.4312)].
- Tsoukas H., Chia R., 2002, « On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change », *Organization Science*, 13(5), p. 567-582 [[doi.org/10.1287/orsc.13.5.567.7810](https:// doi.org/10.1287/orsc.13.5.567.7810)].

LES AUTEUR-ES

Katsiaryna Kananovich
CNAM – LIRSA
katsiaryna.kananovich@lecnam.net

Jean-Marc Macé
CNAM – LIRSA
jean-marc.mace@lecnam.net

⁴ [[gcweb.geoconcept.com/cnam/easy/public/portal/CNAM%20-%20Localisation-CHU](https:// gcweb.geoconcept.com/cnam/easy/public/portal/CNAM%20-%20Localisation-CHU)].