

## **Maintenir l'accès aux soins en milieu rural**

### **Les centres de soins infirmiers face aux déserts médicaux**

**Lucas Joubert**

*En milieu rural, des centres de soins infirmiers pallient le manque de médecins. Dans l'Aveyron, la salarisation des médecins par ces centres dessine une solution fragile à la désertification médicale et à la dévitalisation des campagnes.*

En 2019, les trois quarts des populations affectées par des difficultés d'accessibilité aux professionnel·les de santé de première ligne vivaient dans des territoires ruraux (Legendre 2021). Ces difficultés d'accès ne sont cependant pas uniformes pour toutes les professions de santé et varient en fonction des territoires. Le cas de l'Aveyron est emblématique à la fois des effets en chaîne que provoque le manque de médecins sur l'accès aux soins et des stratégies locales pour y remédier<sup>1</sup>. L'Aveyron fait partie de ces départements ruraux<sup>2</sup> marqués par l'exode rural et le vieillissement de sa population : plus d'un·e habitant·e sur trois est âgé·e de 60 ans ou plus en 2018, accentuant les besoins locaux en matière de santé (Péalaprat et Mathieu 2023). Malgré une densité de médecins proche de la moyenne nationale (139 contre 147 médecins pour 100 000 habitants en 2023), le département est touché par la désertification médicale dans ses zones reculées, éloignées des deux pôles que sont Rodez et Millau. Il dispose toutefois d'une offre de soins regroupée dans un tissu local de structures salariées : les Centres de soins infirmiers (CSI).

Ces centres de soins sont gérés par des structures associatives qui encadrent l'activité et salarient les infirmières et aides-soignantes y travaillant. À l'échelle nationale, comme dans les zones rurales aveyronnaises reculées, près de la moitié des structures gestionnaires de CSI proposent un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), une de leurs principales sources de financement<sup>3</sup>. En plus d'assurer des visites à domicile essentielles pour les patient·es en perte d'autonomie, ces SSIAD jouent un rôle clé dans la coordination des soins de proximité. Toutefois, leur développement se heurte au manque structurel de médecins : sans leurs prescriptions, l'exercice des professionnel·les paramédicaux·ales est rendu difficile tant la délégation des actes médicaux est réduite dans le fonctionnement médico-centré du système de santé.

Face à la désertification médicale, les professionnel·les et directions de ces centres de soins infirmiers envisagent alors de médicaliser leur structure de soin, dans un contexte où le salariat est de plus en plus prisé par les médecins (Joubert 2023). L'ouverture de postes salariés devient une modalité pour attirer de potentiels prescripteurs au sein des CSI, qui se muent ainsi en

---

<sup>1</sup> Cet article s'inscrit dans le cadre d'une enquête doctorale menée en Occitanie, où j'ai eu l'occasion d'étudier l'évolution de l'offre de soins aveyronnaise (Joubert 2023).

<sup>2</sup> En Aveyron, 97 % des communes se trouvent en zone rurale (Bonzi *et al.* 2021, p. 23), c'est-à-dire, selon l'Insee, qu'elles comptent moins de 2 000 habitants et que plus de la moitié de leur population ne réside pas en continuité de bâti avec une unité urbaine.

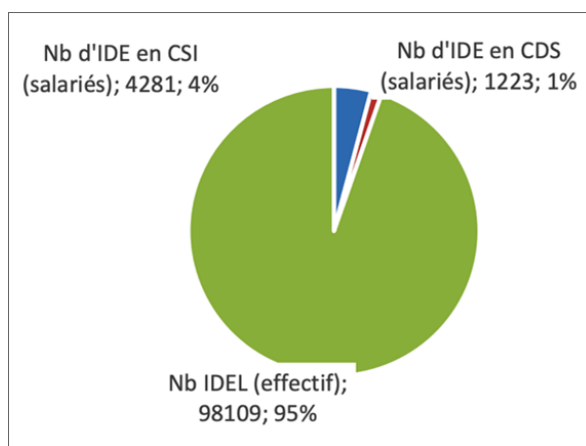
<sup>3</sup> En 2022, c'est le cas de 45 % de structures gestionnaires de CSI d'après le dernier rapport IGAS n°2022-040R (Lepine et Vincent 2022).

centres de santé polyvalents. Quelles sont dès lors les dynamiques professionnelles et territoriales qui contribuent à la médicalisation des Centres de soins infirmiers ? Comment la mobilisation de ces structures permet-elle d'apporter une réponse localisée à la désertification médicale et la dévitalisation des territoires ?

### L'implantation des Centres de soins infirmiers : entre tradition et renouveau

Le dernier rapport de l'IGAS sur les centres de soins infirmiers dénombre 520 centres en activité à la fin de l'année 2021 (Lepine et Vincent 2022), ce qui ne représente que 5 % de l'offre de soins infirmiers de proximité à l'échelle nationale (Figure 1). Les CSI contribuent de manière significative à l'offre de soins infirmiers de proximité dans les territoires où ils sont implantés, où ils peuvent couvrir près de la moitié de l'offre, voire jusqu'à 75 % dans les zones les moins dotées (*ibid.*, p. 5). Dans le nord de l'ancienne région Midi-Pyrénées (qui fait aujourd'hui partie de l'Occitanie), et notamment en Aveyron, de nombreux centres ont été créés entre les années 1960 et 1980 pour reconduire, sous une gestion associative, des structures de soins initiées pendant la Seconde Guerre mondiale par des congrégations religieuses (Knibiehler 1984).

**Figure 1. Part des effectifs infirmiers diplômés d'État (IDE) en centre de santé dans l'offre de soins infirmiers de proximité (accessible tous publics, 2021)**

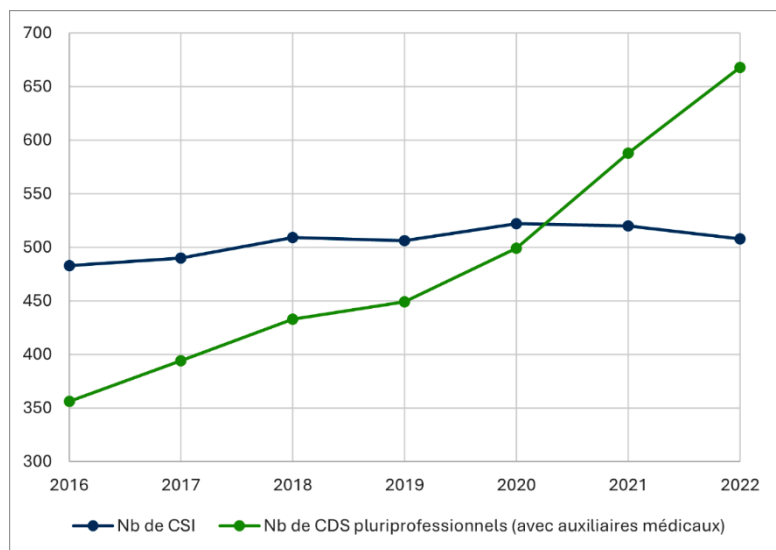


Sources : Données de la CNAM in Rapport IGAS n° 2022-040R (Lepine et Vincent 2022).  
IDE : Infirmière diplômée d'État, IDEL : Infirmière diplômée d'État libérale.

Devenus des structures de soins essentielles dans ces zones rurales, les Centres de soins infirmiers ont été laïcisés au cours du xx<sup>e</sup> siècle. La gouvernance ecclésiastique a ainsi progressivement laissé place à une gestion associative assurée par des personnes ayant des mandats électifs, issues du secteur sanitaire et social comme d'autres composantes actives de la société locale – en l'occurrence, dans notre enquête, un adjoint au maire, un conseiller municipal, une assistante sociale, un banquier retraité ou encore un professeur d'anglais.

Si le nombre de CSI reste stable sur la période 2017-2021 (Figure 2), le nombre de Centres de santé polyvalents (CDS), qui incluent quant à eux des médecins, connaît une forte augmentation. Ces évolutions différenciées masquent le fait que des CSI, en se médicalisant, deviennent des CDS polyvalents, contribuant à leur accroissement notable (+ 71 % entre 2017 et 2021 – Figure 2).

**Figure 2. Évolution du nombre de Centres de soins infirmiers et de Centres de santé médicaux pluriprofessionnels contenant au moins un·e médecin salarié·e en France, 2016-2022**



Source : Estimations par l'IGAS, eCDS données 2016 à 2022 in Rapport IGAS n° 2023-034R.

### L'Aveyron rural, une « campagne en déclin » (sanitaire) ?

En Aveyron comme à l'échelle nationale, la densité de médecins généralistes, c'est-à-dire le nombre de praticien·nes par habitant·e, est en forte baisse. Entre 2012 et 2023, elle est passée, en Aveyron, de 153 à 139 médecins pour 100 000 habitant·es (- 9,1 %) et, à l'échelle nationale, de 161 à 147 médecins pour 100 000 habitant·es (- 8,7 %)⁴. Cette baisse de l'offre complexifie l'accessibilité aux soins médicaux de premier recours, et renforce les inégalités de santé : entre 2016 et 2019, l'accessibilité moyenne des 10 % d'habitant·es des territoires les moins bien dotés en médecins généralistes en France est passée de 1,8 à 1,6 consultation par an et par habitant·e, soit une baisse de 10 % (Legendre 2021). Cette dégradation est observée par le personnel infirmier de notre enquête, qui fait état d'un « problème de service qui n'est pas rendu à la population actuellement. Nous, on fait hospitaliser des gens, on les envoie aux urgences régulièrement. On a un médecin [libéral] qui avait une très grosse clientèle et qui est parti il y a trois ans maintenant et depuis c'est le bazar » (Séverine, infirmière directrice du centre de soin non médicalisé, 55-64, CDS associatif, bourg, Aveyron, Occitanie).

Du fait de la dépendance aux médecins à laquelle sont soumises les professions paramédicales, leur non-remplacement entraîne mécaniquement la dégradation de l'ensemble des services de soins et participe à la dévitalisation de la ruralité :

Si on a plus de médecins ici, il y a plus de vie, donc il y a plus d'écoles, il y a plus de personnes à venir s'installer parce que s'il n'y a pas de médecin, ben, on n'y va pas. Après, le kiné est arrivé il y a un an pile, lui, s'il n'a pas de prescriptions, il ne vit pas non plus, voilà. Et les infirmières libérales, si elles n'ont pas de prescriptions, c'est pareil (Séverine, même entretien).

Pour autant, bien que mises en difficultés par ce manque de médecins, les infirmières ne quittent pas la région. Elles se différencient des médecins en ce qu'elles sont moins mobiles géographiquement, et par leurs origines sociales à la fois plus diversifiées et plus proches des

⁴ Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees – données au 1<sup>er</sup> janvier.

classes populaires (Picot 2005). Dans les territoires dont elles sont originaires, elles trouvent des opportunités professionnelles en CSI qui leur assurent une continuité de vie dans un cadre familial, ce qui dans les espaces ruraux en déclin revêt une importance toute particulière pour les classes populaires (Coquard 2019) et les petites classes moyennes.

### **Le salariat médical, une solution difficile à mettre en œuvre**

Dans le cas étudié, le processus conduisant à la salarisation de médecins dans les Centres de soins infirmiers devenus dès lors polyvalents répond d'abord au constat de l'immobilisme des institutions publiques considérées comme plus légitimes à intervenir (Joubert 2024).

En fait, ce n'est pas qu'ils sont distants [la mairie]. Ils sont contents d'avoir le centre de soins, mais quand le médecin du village a dit : « Je m'arrête à la fin de l'année, je prends ma retraite », ça n'a alerté personne. Personne ne s'est dit : « Ah, à un moment donné, il faut peut-être qu'on s'y plonge, quoi », voilà (Marjolaine, infirmière et responsable d'un CSI médicalisé, 45-54, F, CDS associatif, Aveyron, Occitanie).

À défaut d'initiatives des collectivités, ce sont les infirmières du centre de soins qui se préoccupent de la relève médicale. Marjolaine, l'infirmière directrice de ce centre de soins médicalisé, a prospecté dans les facultés de médecine, en diffusant des informations sur le nouvel espace de travail aménagé pour intégrer plusieurs professionnel·les de santé, y compris en leur proposant d'y exercer en libéral. L'absence de réponse a conduit à la décision de médicaliser le Centre de soins infirmiers, en salariant des médecins : « Le salariat c'était finalement la seule solution » (Marjolaine, même entretien).

Les médecins recruté·es dans les centres de santé sont souvent des jeunes femmes en début de carrière tout juste sorties de leur internat, ainsi que des hommes proches de la retraite et issus d'une carrière libérale. Les salaires proposés sont attractifs, allant de 5 000 à 7 500 euros net d'impôts, tandis que le temps de travail est limité au maximum légal prévu par le droit du travail. Ces salaires sont légèrement supérieurs à ceux proposés en CDS municipaux – 4 500 à 5 200 euros – (Joubert 2023, p. 407) et plus élevés que ceux en CDS coopératifs – 3 800 et 4 700 euros – ou en centres de santé communautaire – autour de 2 200 euros (Legrand et Pitti 2024, p. 3). Malgré ces conditions avantageuses, le recrutement reste difficile. Il a fallu plusieurs mois pour recruter les premiers médecins, même si cette approche semble *in fine* plus efficace que de dépendre des installations libérales spontanées, ou même de les encourager par voie d'annonces.

La salarisation des médecins ne peut cependant être réduite à l'expression d'une forme de rationalité économique. Ce processus accompagne en effet un renversement du rapport au salariat et à l'indépendance, qui s'inscrit dans le cadre plus large de la salarisation des professions libérales, dépassant la dichotomie entre subordination et autonomie (Joubert 2023). Cette évolution met en lumière les tensions entre les régimes juridiques du salariat et de l'indépendance, et leur évolution différenciée au sein des groupes professionnels. La salarisation des médecins en centre de santé révèle alors une double hybridation : celle de l'action publique, liée aux politiques de régulation territoriale, et celle des modalités d'exercice de la médecine, telles qu'elles se reconfigurent dans l'organisation quotidienne du travail médical.

En l'absence de délégation élargie des actes médicaux aux infirmier·es<sup>5</sup>, ces dernier·ères participent à la résolution des problématiques d'accès aux soins par leur implication dans la

---

<sup>5</sup> Il convient toutefois de noter la création des Infirmier·es en pratique avancée (IPA) en 2018, qui renforce la reconnaissance du rôle des infirmier·es dans la chaîne de soins. Néanmoins, celle-ci demeure fortement soumise

transformation de leurs structures en centres de santé polyvalents. Le financement et le portage de la salarisation des médecins, combinant remboursement des actes de soins par l'Assurance maladie, subventions publiques et fonds propres de l'association (excédentaire avec l'activité des infirmières notamment au sein du SSIAD), traduisent la délégation des enjeux publics d'accès aux soins médicaux et paramédicaux à l'initiative privée, ici associative. À la suite de la salarisation des médecins par le centre de soins aveyronnais, plusieurs municipalités des alentours sont venues solliciter le centre de soins pour demander la création d'antennes sur leur commune. *A contrario* de certaines situations où des collectivités créent et gèrent des centres de santé en utilisant une gouvernance associative pour déléguer le risque financier tout en intégrant l'action à leur bilan électoral, la revalorisation sanitaire du territoire est ici le fait d'une pluralité d'acteur·rices locaux·ales (professionnel·les du secteur paramédical ou d'horizons professionnels divers)<sup>6</sup>.

Face à la désertification médicale et à l'inaction relative des pouvoirs publics à l'échelle nationale, les Centres de soins infirmiers médicalisés émergent comme des solutions associatives à l'accès aux soins dans les territoires ruraux. Ce modèle, porté par l'engagement des professionnel·les paramédicaux·ales, interroge les limites des politiques publiques de santé et met en évidence l'importance d'une gouvernance locale ou d'un maillage territorial du système de santé pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et d'attractivité des régions rurales.

## Bibliographie

- Coquard, B. 2019. *Ceux qui restent. Faire sa vie dans les campagnes en déclin*, Paris : La Découverte.
- Bonzi et al., B. 2021. « Portrait de l'espace rural dans les départements d'Occitanie », Insee Dossier Occitanie, n° 12.
- Joubert, L. 2024. « Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale », *Sociologies pratiques*, n° 48, p. 9-22. URL : <https://shs.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2024-1-page-9?lang=fr&tab=texte-integral>.
- Joubert, L. 2023. *Les médecins de ville en centre de santé : salarisation d'une profession libérale* », thèse de doctorat en sociologie, EHESS.
- Knibiehler, Y. 1984. *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris : Hachette.
- Legendre, B. 2021. « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », *Études et Résultats*, n° 1206, Drees.
- Legrand, J. et Pitti, L. 2024. « Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 285.

---

à la délégation de tâches des médecins, et la création des IPA ne constitue pas, pour l'instant, une solution aux problématiques d'accès aux soins.

<sup>6</sup> Cette configuration rappelle les dynamiques partenariales analysées par Laure Pitti et Audrey Mariette dans une commune populaire de la banlieue parisienne. On y retrouve un enchevêtrement de relations entre institutions et acteurs, publics et privés, inégalement positionnés, qui participent de manière différenciée à la définition et à la mise en œuvre de la santé publique. Ces interactions composent un espace d'action marqué à la fois par des rapports de dépendance et par des logiques de coopération ou de concurrence (Mariette et Pitti 2021).

- Lepine, C. et Vincent, B. 2022. « Évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité », Inspection générale des affaires sociales, n° 2022-040R.
- Mariette, A. et Pitti, L. 2021. « Soigner les "précaires" en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique », Gouvernement et action publique, n° 10, p. 39-67. URL : [https://shs.cairn.info/article/GAP\\_214\\_0039?lang=fr](https://shs.cairn.info/article/GAP_214_0039?lang=fr).
- Péalaprat, C. et Mathieu, E. 2023. « L'Aveyron, un département rural aux dynamiques d'emploi et de population contrastées selon les territoires », Insee Analyses Occitanie, n° 4.
- Picot, G. 2005. « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », Revue française des affaires sociales, p. 83-100. URL : <https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-83?lang=fr>.

**Lucas Joubert** est docteur en sociologie de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Il est chercheur affilié au Centre Georg-Simmel et à l'IDHES (Institutions et dynamiques historiques de l'économie et de la société, Université Paris-Nanterre). Sa thèse analyse l'évolution des politiques publiques de santé, le développement de la salarisation des médecins de ville, notamment dans les centres de santé, et les recompositions du rapport au travail dans une profession historiquement organisée autour de l'exercice libéral. Ses travaux s'inscrivent dans plusieurs champs de recherche : sociologie des professions et du travail, sociologie de la santé et de l'action publique, ainsi que sociologie quantitative des classes sociales et des inégalités.

**Pour citer cet article :**

Lucas Joubert, « Maintenir l'accès aux soins en milieu rural. Les centres de soins infirmiers face aux déserts médicaux », *Métropolitiques*, 9 juillet 2026.

URL : <https://metropolitiques.eu/Maintenir-l-acces-aux-soins-en-milieu-rural.html>

DOI : <https://doi.org/10.56698/metropolitiques.2316>.