

Accessibilité des professionnels de santé

Une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement

08
2

Gilles TREDEZ, Olivier LACOSTE



Rapport réalisé pour

le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais

Accessibilité des professionnels de santé

Une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement

Gilles Trédez¹
Olivier Lacoste²

Sabine Brosh³

¹ Technicien d'enquête, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

² Directeur, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

³ Rédactrice, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

Sommaire

Sommaire	5
Introduction	7
Contexte et répartition des professionnels de santé de la région.....	9
Les chirurgiens (chirurgie générale)	9
La situation de la région	9
Analyse infrarégionale	11
Les gynécologues-obstétriciens	23
La situation de la région	23
Analyse infrarégionale	24
Les anesthésistes-réanimateurs	30
La situation de la région	30
Analyse infrarégionale	31
Les pédiatres	37
La situation de la région	37
Analyse infrarégionale	38
Les ophtalmologues	44
La situation de la région	44
Analyse infrarégionale	45
Les psychiatres	51
La situation de la région	51
Analyse infrarégionale	52
Les cardiologues.....	58
La situation de la région	58
Analyse infrarégionale	59
Les radiologues : radiodiagnostic et imagerie médicale	65
La situation de la région	65
Analyse infrarégionale	66
Les manipulateurs en Electro-Radiologie-Médicale (ERM)	72
La situation de la région	72
Analyse infrarégionale	73
Les sages-femmes.....	79
La situation de la région	79
Analyse infrarégionale	80
Les orthophonistes	86
La situation de la région	86
Analyse infrarégionale	87
Les chirurgiens-dentistes.....	90
La situation de la région	90
Analyse infrarégionale	91
Les masseurs-kinésithérapeutes	94
La situation de la région	94
Analyse infrarégionale	95

Les pharmaciens	98
La situation de la région	98
Analyse infrarégionale	99
Les médecins généralistes	102
La situation de la région	102
Analyse infrarégionale	104
Les infirmiers (hors spécialisations, hors psychiatrie)	107
La situation de la région	107
Analyse infrarégionale	109
Accessibilité synthétique et état de santé de la population.....	113
Typologie des communes : le bilan de l'accessibilité de 10 professions polarisées.....	113
Analyse de la mortalité par zone d'inégale accessibilité	115
Mortalité prématurée toutes causes (2000-2004)	115
Mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins (2000-2004)	117
Mortalité dont les pathologies peuvent impliquer une prise en charge rapide par le système de soins (2000-2004)	118
Bibliographie	121
Annexes	125

Introduction

La question de la démographie des professions de santé est un sujet sensible pour l'avenir des systèmes de soins dans les pays développés. L'enjeu est tout aussi capital en France comme dans chacune des régions françaises. En effet, même si le nombre de professionnels de santé n'a jamais été aussi élevé dans notre pays (croissance des effectifs de 2 % en moyenne entre 1990 et 2005), il devrait commencer à baisser à partir de 2008¹. Malgré les mesures prises ces dernières années pour augmenter le *numerus clausus*, les effets ne seront pas perceptibles avant une dizaine d'année. Pourtant, toutes les professions de santé ne sont pas confrontées avec la même intensité au renouvellement de leur effectif².

Dans ce contexte, retenir les professionnels de santé au sein de son territoire constitue déjà un pari sur l'avenir et certaines zones déjà sous dotées se trouvent plus exposées que d'autres au non renouvellement de leurs effectifs. Un sondage récent portant sur la perception des Français quant à la mise en œuvre de leurs principaux droits en tant qu'usagers du système de santé³ et reprenant en partie la problématique de la démographie médicale, révèle d'ailleurs que 96 % des personnes interrogées sont d'accord avec le fait qu'il faudrait former plus de médecins, 75 % avec le fait d'obliger les médecins à s'installer dans les régions identifiées comme déficitaires et 58 % avec le fait de permettre à des professionnels de santé (infirmières ou masseurs-kinésithérapeutes par exemple) spécialement formés de réaliser des actes médicaux réservés aux médecins (transfert de compétences).

Lors des récents Etats Généraux de l'Organisation des Soins (EGOS, février 2008), les membres soulignent la nécessaire définition du premier recours (aux soins) et des acteurs impliqués comme moyen préalable pour améliorer l'accès des patients à des soins de proximité. Cette amélioration devrait également passer par une meilleure organisation des soins (évolution des pratiques professionnelles), par des mesures incitatives à l'installation des médecins dans les zones sous dotées, par la création de maisons de santé, par un diagnostic des situations régionales et infrarégionales et par le développement de projets locaux. En ce sens, le projet de l'URML de Basse Normandie⁴, cité en exemple lors de ces Etats Généraux, montre que le projet de santé à l'échelle d'une région passe par un diagnostic territorial des particularités régionales et par la concertation et l'implication des ses acteurs (régionaux et locaux).

Dans son rapport remis au ministre de la Santé, André Flajolet appelle également de ses vœux à la prise en compte des spécificités régionales et à une meilleure organisation locale des *communautés de santé* en liaison avec les collectivités territoriales et sur des territoires de proximité pertinents. Ce rapport souligne également la nécessité de la médecine libérale à participer à la permanence des soins par l'élaboration d'un projet partenarial ville-hôpital afin de couvrir les risques sur l'ensemble du territoire.

La permanence des soins est également au cœur des débats avec la resectorisation discutée et voulue par le gouvernement actuel qui vise à baisser le nombre de secteurs au sein des départements (de 2 500 actuellement à 2 000) ; ce qui ne manque pas de susciter l'inquiétude des organisations professionnelles.

Plus importants encore, des signes d'inquiétude et de mécontentement apparaissent sporadiquement chez les usagers du système de soins. Si globalement les tensions relevées dans le Nord – Pas-de-Calais n'atteignent pas, pas encore peut être, celles que l'on peut observer ailleurs dans d'autres régions et dans d'autres territoires locaux, il n'en reste pas moins certain que la satisfaction de la population et la qualité des prises en charge dépendent, pour une part certes, mais dépendent bien des possibilités d'accès dont disposent les habitants de notre région aux soins dispensés par les professionnels de santé qui y exercent leurs activités.

¹ Drees. Les professions de santé et leurs pratiques. Dossiers solidarité et santé, n°1, janvier-mars 2006.

² De Kervasdoué J (Dir.). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003 ; 329 p.

De Kervasdoué J, Picheral H. *Santé et territoires*. Carnets de santé de la France 2004. Paris : Dunod, 2004 ; 211 p.

³ Sondage réalisé par l'institut LH2 pour le Collectif Interassociatif Sur la Santé : Le baromètre des droits des malades. Paris : CISS, 6 février 2008 ; 21 p. Il s'agit d'un sondage par téléphone réalisé auprès d'un échantillon de 1 056 personnes de 15 ans et plus avec une méthode des quotas appliquée aux variables de sexe, d'âge et de profession du chef de famille après stratification par région et par catégorie d'agglomération.

Le rapport est disponible sur :

http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/080228_BarometreCISS-LH2_DroitsDesMalades_fevrier2008.pdf

(consulté en février)

⁴ La présentation est consultable sur :

http://www.urml-bn.org/images/stories/pro/20080208_URML_EgosParis_presentation_demographieV9.pdf

Ce rapport d'étude, dont la rédaction a été sollicitée par les services du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, se propose d'approfondir l'approche territorialisée de la démographie des professions de santé déjà explorée par l'ORS Nord – Pas-de-Calais¹. C'est l'analyse de la répartition spatiale des praticiens (seize professions choisies) et de leur accessibilité à la population régionale qui a été menée ici.

L'accessibilité aux soins est définie par Henri Picheral comme « *la capacité matérielle [de la population] à accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé*² ». Pour ce faire, il convient avant toute chose de porter la plus grande attention méthodologique au territoire de référence retenu comme dénominateur des indicateurs produits. Il ne peut en effet être question de retenir tel ou tel circonscription ou espace issu de telle ou telle nomenclature, tant les biais induits seraient considérables³.

Pour cela, il convient, dans cette étude, d'examiner l'accessibilité dans son acception spatiale, euclidienne, qui est fonction de la proximité ou de l'éloignement aux professionnels de santé (30 minutes en temps d'accès par la route pris, classiquement, ici comme référence) et dont la mobilité est le déterminant principal. Il n'est donc pas question de traiter ici, bien que ceux-ci puissent avoir une importance et une influence considérable, des aspects sociaux ou économiques de l'accessibilité (inégalités sociales et/ou financières de mobilité, files actives...).

Dans un premier temps, cette étude présente un bilan synthétique de la situation des seize professions ou spécialités étudiées (Anesthésistes-réanimateurs, Cardiologues, Chirurgiens, Chirurgiens-dentistes, Manipulateurs électro-radiologie médicale, Médecins généralistes, Gynécologues-obstétriciens, Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Ophtalmologues, Orthophonistes, Pédiatres, Pharmaciens, Psychiatres, Radiologues, Sages-femmes) : spécificités régionales par rapport à la France lorsque les données sont disponibles (démographie, desserte) et répartition des professionnels de santé (cartographie, analyse de la répartition régionale par commune).

L'analyse cartographique de la répartition des professionnels de santé sur le territoire régional nous permet de repérer les professions les moins dispersées et/ou les plus polarisées. Les professions identifiées comme rares et/ou polarisées (moins de 10 % des communes représentées) sont analysées sous l'angle de l'accessibilité. Il s'agit de constituer des *pôles offreurs* et d'analyser la situation de chaque commune vis-à-vis du bassin isochrone (30 minutes) de chaque pôle afin d'établir des zones de différentes accessibilités.

Nous tenterons de développer une analyse à l'échelle des EPCI⁴ au regard du croisement des données de desserte/densité avec les résultats de l'analyse en accessibilité pour les professions très polarisées. L'apport de l'indice d'accessibilité et de la cartographie conduit à un diagnostic territorial beaucoup plus nuancé que les simples taux de desserte et de densité pour ces professions.

La deuxième partie de cette étude présentera un zonage issu de l'analyse communale de l'accessibilité aux professions polarisées. Ces zones seront étudiées au regard de la mortalité, notamment prématurée, afin d'établir d'éventuelles relations entre moindre accessibilité (géographique) vis-à-vis du système de soins et mortalité.

¹ Poirier G, Lacoste O. *Médecins et territoires. Première contribution à l'observation des professions de santé et à l'identification des zones difficiles*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2003 ; 102 p et annexes.

Cascalès J, Lacoste O. *Les polarisations urbaines en médecine de ville spécialisée. L'attraction spatiale en cardiologie et ORL dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 50 p et annexes.

Lacoste O, Spinosi L. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 73 p.

Lacoste O (Dir.). *Atlas des professions de santé du Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS 2005, 98 p et annexes.

² Picheral H. *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*. Geos, Université de Montpellier III, 2001 ; 308 p.

³ On ne peut que déplorer le très faible investissement intellectuel qui trop souvent prévaut au choix de territoires de référence adoptés lors d'études consacrées à l'analyse de la démographie des professions de santé, et à bien d'autres sujets. Si une certaine marge d'inexactitude, de globalisation ou de généralisation est tolérable à *petite échelle*, lorsqu'il s'agit d'une analyse menée sur l'ensemble de la France ou encore dans le cadre des pays membres de l'Union européenne, il ne peut en être ainsi lorsque le cadre de l'analyse est régional puisqu'il conduit à examiner les faits sur des périmètres de faibles dimensions, à l'échelle locale. Trop souvent des circonscriptions administratives préexistantes, les cantons par exemple, sont utilisées sans autre justification que celle de la technique du *doigt mouillé* ou pire d'une paresse intellectuelle. Bien que mené sur des bases méthodologiques différentes cette même exigence, cet impératif d'adaptation et de pertinence méthodologique a été déployée par l'ORS dans son étude portant sur *les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais*, publiée en 2008.

⁴ Etablissements publics de coopération intercommunale. Il s'agit actuellement des communautés de communes, communautés d'agglomérations et des communautés urbaines. Les EPCI exercent des compétences qui leur sont dévolues par la loi ou déléguées par leurs communes membres. Ces types de structures choisissent des compétences obligatoires et des compétences facultatives. Les communautés d'agglomérations ont, par exemple, quatre compétences obligatoires : aménagement de l'espace communautaire, développement économique, politique de la ville et équilibre social de l'habitat sur le territoire communautaire. Elles doivent aussi choisir trois parmi cinq compétences optionnelles : voirie, eau, assainissement, parcs de stationnements, équipements culturels et sportifs. Certaines communautés d'agglomérations en France ont choisi la compétence santé. C'est le cas, par exemple de la Communauté d'Agglomération de Boulogne-sur-Mer qui, dans ce champ, bénéficie du soutien de la Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires.