

Olivier LACOSTE

■ **Résumé : Répartition des professionnels de santé et territoires de prise en charge**

En se fondant sur la région Nord-Pas-de-Calais, l'auteur montre que la planification de l'offre de santé est complexe et loin de répondre à des critères purement objectifs. Elle apparaît partagée entre concurrence des territoires, équité des patients devant la maladie, et coût économique pour la société.

■ **Mots clés :** planification de la santé, Nord-Pas-de-Calais, équité sociale, efficacité économique

■ **Abstract: Distribution of healthcare professionals and care territories**

Basing his analysis on the Nord-Pas-de-Calais region, the author shows that planning of the healthcare offer is complex and far from meeting purely objective criteria. It seems to hesitate between competition of territories, equity of the patients faced with disease and economic cost for society.

■ **Key words:** healthcare planning, Nord-Pas-de-Calais, social equity, economic efficiency

RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET TERRITOIRES DE PRISE EN CHARGE

*Olivier
LACOSTE**

■ En géographie de la santé il y a certes l'analyse de la disparité de l'état de santé¹, qui est un thème qui concerna au plus haut point le Nord- Pas-de-Calais², mais il y a aussi ce qui relève de la géographie des soins médicaux, l'analyse des variations de l'offre³. Dans le cas de malades, et non plus de populations ou d'habitants, lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de pathologies graves telles que les cancers, la question se pose en d'autres termes. Celui de la *perte de chance*, tout d'abord pour le malade : il est patent que l'ensemble des Français n'ont pas, localement ou à proximité de chez eux, accès aux mêmes prises en charge, que tous les professionnels du soin n'ont pas les mêmes conditions de travail pour exercer. Celui de l'aménagement territorial de la santé qui s'incarne ici sous une forme et sur un fond on ne peut plus aigus. La *planification sanitaire* a été pensée depuis les années soixante-dix au travers des équipements, des bâtiments, des activités autorisées ou non. Rarement, exceptionnellement, les textes et grands schémas se sont enquis des personnes. Deux exceptions remarquables dans cette règle doivent pourtant être signalées : les maternités où naissent l'immense majorité des enfants, et les soins

* Géographe et professionnel de santé publique

cancérologiques depuis la formulation du Plan cancer national sous la présidence de Jacques Chirac.

Insensiblement, peu à peu, par touches successives, les représentations courantes de la santé publique française ont évolué. De la démographie médicale (les médecins étant seuls pris en compte), l'approche est passée à celle de la démographie des professions de santé, de toutes les professions de santé (puisque presque toutes ont des modalités de formation ou d'exercice régies par le Code de santé publique).

Cette question est éminemment géographique, puisque ce qui pose problème n'est certainement pas le nombre total en France – on n'en a jamais compté autant en 2007 – mais leur répartition et leurs fonctions respectives. Certains départements et plus encore certaines régions ou agglomérations en ont beaucoup, et de plus en plus. D'autres en ont peu, et de moins en moins. Il est patent que si la crise est particulièrement perceptible en zone rurale, elle sévit ici et là au gré des potentiels d'attractivité locale de telle ou telle agglomération urbaine.

À quoi cela est-il dû ? Pourquoi cette crise est-elle survenue bien que les capacités de formation de jeunes professionnels soient administrativement définies avec toute la rigueur nécessaire, le *numerus clausus* médical en est l'un des plus brillants exemples bien que les effectifs actuels soient numériquement bien supérieurs à ceux des années 1970 ou 1980 ?

Cela est dû, entre autres, au fait que les métiers de la santé n'ont cessé de se techniciser, de se spécialiser, et les professionnels de se spatialiser avant toute chose en fonction de leurs propres choix individuels plutôt que dans un grand dessein collectif français. Progressivement, de la construction d'établissements hospitaliers dans les années 1950 – 1970, en passant par la phase de l'acquisition et de l'autorisation d'équipements lourds nécessaires aux diagnostics et aux traitements des malades dans les années 1970 – 1990, les années 2000 ont été celles de la gestion optimale des ressources en professionnels de santé. Le monde de la santé s'organise et se structure donc depuis les années 1980, mais dans un contexte d'affaires et de crises politiques qui se surajoutent, telles des lames de fond successives, à la crise structurelle du financement⁴. Ces tendances ont amené d'autres acteurs à s'intéresser à la santé publique. Les élus et les aménageurs ont été conduits, souvent à leur corps

défendant, à s'intéresser à l'offre de soins accessible à la population. En atteste la multiplication des rapports parlementaires⁵ en la matière. C'est dans ce même contexte que l'ORS Nord-Pas-de-Calais s'est vu solliciter en 2007 par son Conseil Régional pour se consacrer à la question de la prise en charge des patients atteints de cancers. Il est alors apparu nécessaire d'examiner quelles pouvaient être, dans ce territoire, les relations symbiotiques (au sens écologique) des différents métiers impliqués dans ces soins⁶. Durant ces vingt dernières années se sont développées des analyses régionales ou locales, dont un certain nombre de travaux commis par quelques ORS qui ont accompagné ce changement de point de vue.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, parce que se déployait un vaste plan de lutte contre les cancers, porté par les services de l'État et le Conseil Régional, le regard porté sur la démographie des professionnels de santé a abouti à la mise en évidence de *systèmes locaux de prise en charge*⁷, mettant en œuvre une analyse des associations écologiques systématiques des professionnels de santé intervenant en un même lieu et pour un même type de soins.

Les systèmes locaux de prise en charge

Pourquoi recourir au concept de système écologique ? Bien qu'il soit évident qu'il faille presque obligatoirement au moins un médecin pour générer, où que ce soit en France, une offre de soins, il n'en reste qu'à l'évidence tous les soins et les actes ne reposent pas sur cette seule profession.

Ce constat relève sans doute du truisme et pourtant sa formulation faisait défaut. Qui faut-il pour que la prise en charge soit de qualité ? Quels effectifs, quelles professions (et quelles qualifications) doivent *a priori* être présents pour offrir à la population les soins dont elle a besoin ?

Dans le cas des soins bénéficiant aux patients atteints de cancers, la diversité des professions, des métiers nécessaires, est particulièrement évidente, caricaturale. Les textes rédigés par l'Institut National du Cancer et surtout par la Haute Autorité de Santé ont d'ailleurs, dans les dernières années, édicté quelques règles à ce sujet, dont la *multidisciplinarité* exigée des équipes soignantes. S'il existe quelques métiers qui se consacrent *par destination* totalement à la cancérologie (les radiothérapeutes par exemple), bien d'autres

doivent nécessairement participer au diagnostic et au traitement, d'autres ont une fonction certaine. Mais les métiers par destination sont rares, ils étaient moins de 2 500 en France d'après l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Quant aux autres, moins spécifiques, ils peuvent être comme les infirmières, mille fois plus nombreux. De plus il s'avère que si, à petite échelle, les inégalités se répercutent de façon assez homogène de région en région, à grande échelle les associations écologiques indispensables à une prise en charge des patients conforme aux recommandations académiques, ne sont pas toujours existantes et possibles. Dans une large mesure, compte tenu du développement du système de santé français, la disponibilité d'équipements diagnostiques et thérapeutiques reste secondaire. Sans les professionnels et leurs différents métiers, la chose confine à l'impossible, génère des conditions d'exercice insatisfaisantes et une *perte de chance* à la guérison ou à la rémission pour les malades.

La cancérologie dans le Nord-Pas-de-Calais

Spatialement, la cancérologie en 2005 se structurait au sein de la région en vingt bassins d'attraction⁸ (voir tableaux pp. 154 – 155 et cartes p. 157), recouvrant vingt-quatre pôles urbains où pourtant étaient dispensés ces soins⁹. Ceci démontre qu'il ne suffit pas de disposer d'une offre de soins pour que la majorité des patients aille vers ce pôle. D'ailleurs ces vingt bassins englobent dans les faits non pas l'activité de vingt établissements, ce que certains schémas simplistes peuvent laisser supposer, mais bien l'activité d'une soixantaine d'établissements d'hospitalisation. Cette prise en charge, pour aussi spécialisée que les règles l'exigent, n'en est pas moins notable puisque représentant 50 000 hospitalisations, soit un peu plus de douze personnes pour mille habitants, soit un peu plus que l'équivalent de l'ensemble de la mortalité générale moyenne. On le constate donc, toute offre de soins ne se solde pas, loin s'en faut, par une attractivité significative du point de vue des patients et de leurs médecins traitants qui les adressent vers tel lieu plutôt que tel autre. Ces vingt bassins d'attraction ont des développements spatiaux, représentent des couvertures populationnelles et des contributions à la prise en charge des malades, très inégaux, qui suivent dans l'ensemble relativement bien les hiérarchies urbaines

allant de celui de Lille, le plus vaste, à celui de Rouvroy, le plus restreint. Un effet métropolitain existe incontestablement : le centre est bien plus pourvu parce que plus attractif sur les professionnels de santé les plus spécialisés, et la périphérie est bien plus à découvert.

Ce qui pourrait, là encore, passer pour une banalité devient une question de santé publique de premier ordre puisque cette périphérie découverte, surtout tout au long d'une écharpe partant depuis le littoral à Calais, Boulogne-sur-Mer et Montreuil, et recouvrant les confins méridionaux d'Arras, Cambrai et Fourmies, est un périmètre où les hospitalisations de malades atteints de cancers sont très élevées. Là où se rendent les malades, ne se trouvent pas toujours, et même rarement, les professions censées être les plus indispensables.

Quelles forces sont effectivement en présence ? Quels agglomérats de métiers, quels *systèmes locaux de prise en charge* sont en présence dans chacun de ces bassins (voir cartes p. 157) ? Quels sont ces professionnels que les malades rencontrent dans l'espoir d'une guérison ? Pour répondre à ces questions, nous avons voulu élaborer un indice synthétique tenant compte de la densité totale pondérée de chacune des professions (40 000 professionnels de 32 métiers différents rapportés à la population de chaque bassin)¹⁰. Lille reste, à l'échelle régionale, largement en tête mais il conviendrait de reconsidérer cette place lorsque la même analyse, menée à l'échelle de la France, permettra de l'évaluer en comparaison avec d'autres métropoles françaises réputées pour être de grands pôles : Lyon, Bordeaux ou Marseille. En deçà, d'autres pôles secondaires tels que Boulogne, Béthune, Arras et Valenciennes, obtiennent des scores indiciaires les maintenant dans le même rang que constaté dans l'exhaustivité des professions présentes. En revanche, Saint-Omer, Tourcoing, Lens, Fourmies, et surtout Montreuil-sur-Mer, gagnent plusieurs places dans la hiérarchie de l'offre de soins présente dans les bassins d'attraction. En situation périphérique donc, l'offre est déséquilibrée, peu orthodoxe, mais peut-être bien, en fonction des ressources et des dynamiques locales, plus solide qu'attendue. Ce que les autorités françaises de santé tentent de mettre en place et s'emploient à normer à l'échelle nationale, est bien déjà en cours sur le *terrain*.

Répartition des professionnels de santé et territoires de prise en charge

| | % de la population régionale | % des hospitalisations régionales | Nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants |
|------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Arras | 4.4 | 4.8 | 13.6 |
| Béthune | 4.7 | 4.5 | 12.0 |
| Boulogne-sur-Mer | 5.2 | 5.9 | 14.1 |
| Bruay-la-Buissière | 1.5 | 1.5 | 12.5 |
| Calais | 3.8 | 5.2 | 17.0 |
| Cambrai | 4.4 | 5.7 | 16.1 |
| Douai | 4.8 | 4.1 | 10.6 |
| Dunkerque | 6.4 | 5.9 | 11.5 |
| Fourmies | 0.8 | 1.0 | 14.6 |
| Hénin-Beaumont | 1.9 | 1.9 | 12.1 |
| Lens | 5.0 | 5.2 | 12.9 |
| Lille | 29.5 | 29.3 | 12.4 |
| Maubeuge | 4.3 | 3.0 | 8.9 |
| Montreuil-sur-Mer | 1.8 | 2.5 | 17.0 |
| Roubaix | 4.7 | 3.4 | 8.9 |
| Rouvroy | 0.7 | 0.6 | 10.6 |
| Saint-Omer | 2.3 | 2.1 | 11.2 |
| Saint-Pol-sur-Ternoise | 0.6 | 0.8 | 15.2 |
| Tourcoing | 3.2 | 2.7 | 10.5 |
| Valenciennes | 9.8 | 10.1 | 12.8 |
| Nord-Pas-de-Calais | 100 | 100 | 12.2 |

| Professions manquantes | |
|------------------------------------|----|
| Nombre de bassins dépourvus | |
| Oncologues médicaux | 13 |
| Radiothérapeutes | 10 |
| Anatomocytologistes | 8 |
| Chirurgiens viscéraux | 8 |
| Ergothérapeutes | 4 |
| Chirurgiens urologues | 3 |
| Gynécologues médicaux | 2 |
| Gynécologues obstétriciens | 2 |
| ORL | 1 |
| Pneumologues | 1 |

| Bassin synthétique de Cancérologie | Nombre de professions manquantes dans chaque bassin | Nombre d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes (Etp) | Autres professionnels impliqués exerçant des métiers nécessaires à la prise en charge des cancers (Etp) |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Arras | 4 | 2 | 1 665 |
| Béthune | 4 | 1 | 1 724 |
| Boulogne-sur-Mer | 2 | 3 | 1 846 |
| Bruay-la-Buissière | 13 | 0 | 256 |
| Calais | 8 | 0 | 1 185 |
| Cambrai | 8 | 1 | 1 547 |
| Douai | 7 | 5 | 1 297 |
| Dunkerque | 6 | 2 | 1 980 |
| Fourmies | 13 | 0 | 271 |
| Hénin-Beaumont | 11 | 0 | 696 |
| Lens | 6 | 0 | 1 947 |
| Lille | 0 | 22 | 13 979 |
| Maubeuge | 6 | 1 | 1 478 |
| Montreuil-sur-Mer | 7 | 0 | 1 464 |
| Roubaix | 3 | 2 | 2 039 |
| Rouvroy | 17 | 0 | 304 |
| Saint-Omer | 6 | 1 | 870 |
| Saint-Pol-sur-Ternoise | 18 | 0 | 200 |
| Tourcoing | 6 | 1 | 1 169 |
| Valenciennes | 1 | 5 | 3 693 |
| Nord-Pas-de-Calais | - | 44 | 39 609 |

Ce que telle ou telle autre profession est censée assurer comme tâche dans les protocoles thérapeutiques, est pragmatiquement assuré par une personne ayant, soit un autre métier, soit une autre spécialisation que dans les grands centres régionaux de traitement du cancer. Cela est pour nous la démonstration par l'exemple qu'un professionnel seul, un seul métier pris isolément, ne peut exercer son activité. L'exercice de chacun dépend de la présence et de la proximité relative de bien d'autres professionnels, dont le nombre, la diversité des métiers et les qualifications vont directement générer le potentiel de prise en charge de chaque système local de santé.

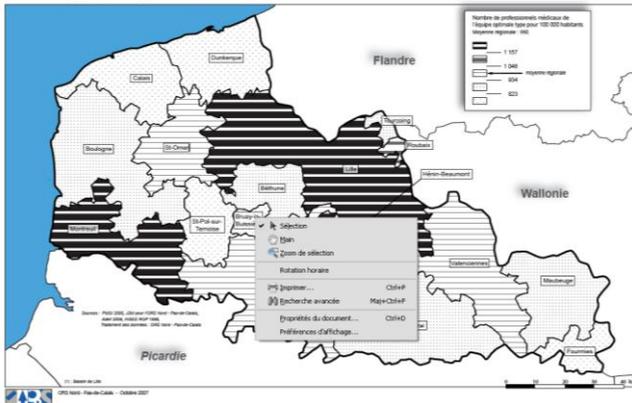
Quant aux autres, aux systèmes locaux en *systèmes en crise*¹¹ identifiables par des indices synthétiques faibles, ils représentent aujourd'hui des zones à risques : risque de disparition de l'offre par refus d'accréditation de l'activité de la part des instances régionales (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou Agences Régionales de Santé en cours de mise en place), risque de disparition de prises en charge d'autres types de soins par

affaiblissement global de l'offre, risque économique pour le territoire par insuffisance des aménités sanitaires présentes et enfin, risque de pertes de chance pour les malades. Entre concurrence territoriale, équité devant la santé de tous les Français et difficulté actuelle à planifier et organiser la démographie des professions de santé en fonction de l'intérêt collectif, il est hautement probable que les relations entre territoires et démographie des professionnels de santé ne ressembleront pas du tout à ce qu'elles ont été, ou plutôt à ce qu'elles n'ont pas été depuis toujours. C'est au moins, compte tenu des intentions qui y sont exposées, ce que l'on peut extrapoler de la mise en place de la nouvelle loi *Hôpital, Patients, Santé et Territoires*.

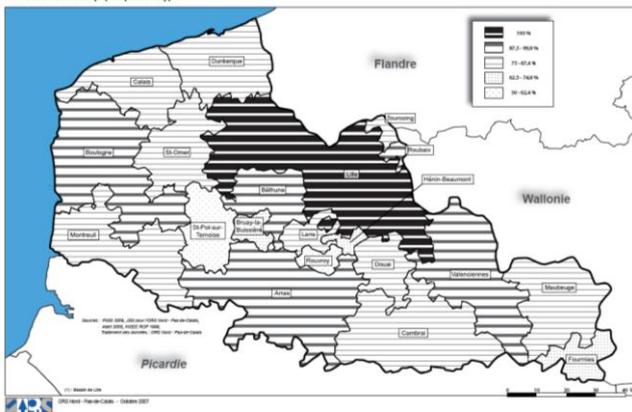
■ **Notes**

1. Picheral H., *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Montpellier, Geos, Université de Montpellier III, 2001.
2. Lacoste O. *Géopolitique de la santé, le cas du Nord – Pas-de-Calais*. Paris, La Découverte, 1994.
3. Macé J.M., Des outils pour la planification hospitalière: l'exemple de Lagny-sur-Marne, *Cah Sociol Demogr Med.*; 43 (1) :115-48, 2003.
4. Tabuteau D., *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988 – 2006)*. Paris, Ophrys, 2006.
5. Rapport Bernier sur *L'offre de soins sur l'ensemble du territoire – Assemblée Nationale 2008*, Rapport Juilhard sur *La démographie médicale – Sénat 2008*, Rapport Boënnec sur *La permanence des soins – Assemblée Nationale 2008*.
6. Lacoste O., Dupont J., Poirier G., Trédez G., *Les systèmes locaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais, analyse des états symbiotiques locaux des professionnels de santé*, Lille, Observatoire Régional de la Santé, 2008.
7. *Ibid.*
8. Macé J.M., Une méthode pour définir des bassins d'hospitalisation en Île-de-France, *INSEE à la page*, N°209, 2002.
9. Ces bassins ont été délimités par Jean-Marc Macé sur la base de la méthode des flux majoritaires.
10. Chaque métier, du plus *noble* au plus *commun*, intervient à poids égal dans l'indice.
11. Kervasdoué J. (dir.). *La crise des professions de santé*. Paris, Dunod, 2003, 329 p.

Les Bassins d'attraction synthétiques de cancérologie
Densité de l'équipe optimale type



Les Bassins d'attraction synthétiques de cancérologie
Exhaustivité de l'équipe optimale type



Les Bassins d'attraction synthétiques de cancérologie
Scores sur l'équipe optimale type

