

2/

Offre de soins et équilibres territoriaux

Désertification, démographie médicale, territoires relégués... Autant de débats sur l'offre de soins et les (dés)équilibres territoriaux qui touchent directement les citoyens. Aussi, l'importance d'une observation fine permet d'objectiver les réflexions autour de la démographie médicale et ainsi de comprendre la réalité de l'offre médicale. Les institutions – État et collectivités – se mobilisent pour améliorer l'accès aux soins et équilibrer les différents territoires : maillage renforcé avec des maisons de santé pluriprofessionnelles ou développement de la télémédecine.

La question se pose bien sûr dans les territoires ruraux mais aussi dans les territoires denses ou dans les quartiers de la politique de la ville, en France, en outre-mer et en Europe, avec une réflexion spécifique à mener sur les territoires transfrontaliers.

Démographie médicale dans la vallée de l'Oise : le rôle des collectivités pour pérenniser l'offre

Laurence Biville, agence d'urbanisme Oise-les-Vallées

Préoccupées par la non-reprise des cabinets médicaux après le départ à la retraite des professionnels de santé, les collectivités de l'Oise ont souhaité disposer d'une lecture de la situation actuelle et à venir et explorer des solutions pour pérenniser l'offre de médecins. En raison du rôle de proximité du médecin généraliste dans la commune et dans le quartier, l'agence d'urbanisme Oise-les-Vallées a orienté son analyse de démographie médicale autour des généralistes.

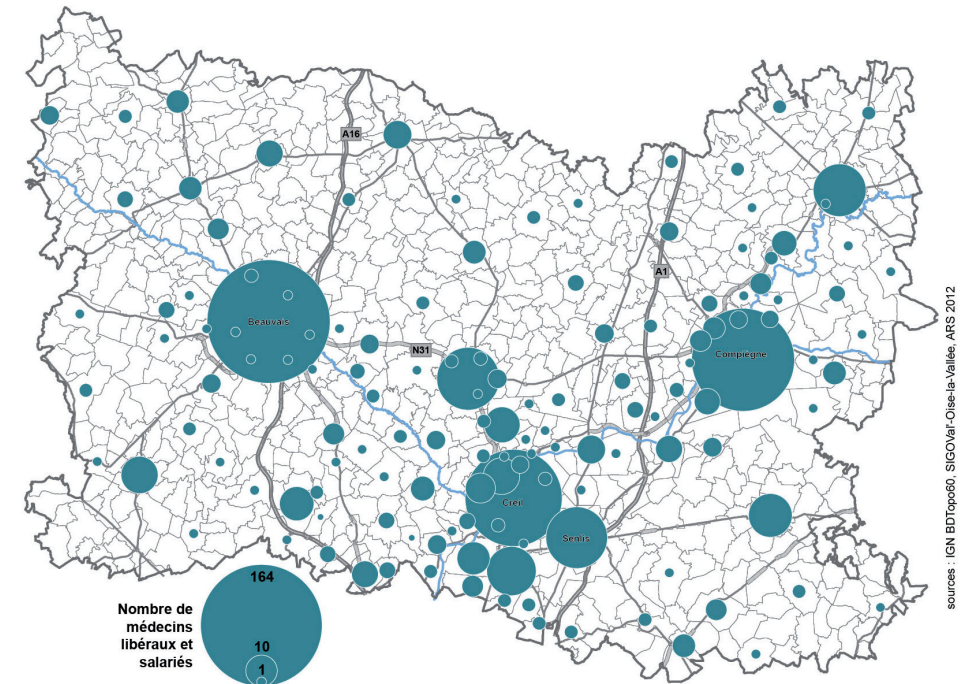
En 2005, au cours d'une réunion de travail sur le schéma de cohérence territoriale, un adjoint communal s'exclame, en réponse aux constats et aux solutions soutenus par l'agence d'urbanisme : « Un manque de médecins dans notre territoire ? Et alors, en quoi cela est-il une question publique ? Les médecins s'installent dans leur cabinet privé, ce sujet ne relève en aucune manière de l'action publique ! » Treize années plus tard, dans cette même commune, une grande banderole accrochée le long de la voie rapide appelle au secours « Recherche médecin généraliste, urgent ». Entre-temps, les déserts médicaux sont devenus un titre de premier plan dans les journaux, les maisons médicales d'initiative publique ont essaimé et les missions des collectivités ont évolué.

Démographie médicale : des facteurs généraux, une érosion de la médecine générale

Du côté des besoins de soins, le vieillissement de la population – tendance démographique majeure – crée une pression croissante sur l'offre de santé. Du côté de l'offre, si la répartition spatiale des médecins et de leurs spécialités est au cœur du sujet de la démographie médicale, le cadre national a aussi joué un rôle, notamment le numerus

clausus¹, qui a restreint le renouvellement des générations de médecins. Les effets de sa récente suppression ne seront pas immédiats. D'autant que des dispositions ont contribué à creuser une distance entre les jeunes diplômés et la médecine de ville avec des étudiants formés quasi exclusivement à l'hôpital. Les évolutions sociologiques expliquent aussi les réticences des médecins à reprendre des cabinets libéraux. La féminisation de la profession et, plus largement, l'aspiration à un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle amènent beaucoup de médecins à souhaiter travailler en équipe et à rejoindre le salariat au sein d'une structure de santé, plutôt qu'une activité libérale.

Mais le manque de médecins concerne aussi les hôpitaux, confrontés aux restrictions budgétaires, aux difficultés de recrutement et à l'afflux des patients vers les urgences plutôt que vers les médecins généralistes. Les pratiques de santé évoluent. Conséquence de la raréfaction de la médecine de ville ? Avantages de la prise en charge et des plateaux techniques polyvalents en hôpital ? Ou encore effet du renforcement de la précarité, des phénomènes de détresse et d'isolement social et familial ?



Répartition des médecins généralistes (libéraux et salariés) dans l'Oise. © agence d'urbanisme Oise-les-Vallées.

Disparités spatiales dans l'offre de médecins : l'exemple de la vallée de l'Oise, entre Creil et Compiègne

La vallée de l'Oise appartient à l'ex-région picarde, qui a la plus faible densité de médecins de France². Au sein de cette région, le département de l'Oise est lui-même le moins doté en médecins. Cette situation renvoie à l'attractivité globale – économique, résidentielle – de la région et du département. Dans nombre de cas, les régions françaises qui attirent les habitants coïncident avec celles qui attirent les médecins. La proximité d'une université de médecine et d'un centre hospitalier universitaire est aussi déterminante, pour l'attrait professionnel que ces structures représentent ou parce qu'une part des jeunes diplômés s'installe dans les environs. Tel est le cas dans la Somme, mieux dotée en médecins que son département

voisin, l'Oise, qui ne dispose pas de ces équipements à fort rayonnement.

Le territoire d'Oise-les-Vallées se situe à 30 minutes en TER de Paris pour sa partie la plus méridionale. Il s'étend entre Beauvais, Compiègne, Creil et Senlis, des pôles majeurs localement, mais soumis à forte compétition parmi les sites possibles d'implantation des médecins, dans la région ou le vaste Bassin parisien ou bien le reste de la France.

De plus, malgré les avantages du fonctionnement multipolaire qui caractérise l'Oise, l'urbanisation diffuse qui l'accompagne contribue à éloigner les habitants des services, tandis que les politiques nationales de réorganisation des services et des équipements de santé visent une concentration accrue dans les agglomérations. On observe de

plus que des médecins libéraux s'installent à proximité des centres hospitaliers, partageant leur activité entre leur cabinet et l'hôpital. Au sein du territoire d'étude, les densités de médecins généralistes sont contrastées : un médecin pour 300 à 450 habitants dans les trois villes qui accueillent un hôpital ; un pour 2 000 à 3 000 habitants dans d'autres secteurs, urbains et périurbains. Ainsi, si du fait de la présence des hôpitaux la vallée de l'Oise bénéficie dans l'ensemble d'une densité de médecins nettement supérieure aux densités départementales, elle connaît en réalité « des pleins et des vides » qui amènent les médecins à refuser de nouveaux patients. Ce phénomène risque de s'accroître en raison du vieillissement de la profession. Le territoire compte en moyenne un médecin généraliste de moins de 40 ans pour trois de plus de 60 ans. L'étude repère des secteurs géographiques qui cumulent faible densité médicale et vieillissement des médecins, ce qui nécessite une action des collectivités pour renforcer et renouveler l'offre.

Médecine générale de ville : vers une réorganisation spatiale de l'offre ?

Pour alimenter cette étude réalisée en 2012, Oise-les-Vallées a organisé un séminaire réunissant professionnels de santé, maires, services de communes et établissements publics de coopération intercommunale. Ces travaux ont contribué

à installer la réflexion dans l'Oise. Depuis, en plus des maisons médicales d'urgence annexées aux hôpitaux, plusieurs territoires ont créé des maisons de santé ou mis des locaux à disposition de groupes de professionnels de santé. Ces actions facilitent l'installation de médecins déjà intéressés par les lieux d'implantation. Elles doivent s'accompagner d'un travail de fond sur l'attractivité des territoires : cadre de vie au sens large, marketing territorial...

Notes :

1 Le numerus clausus dans l'admission aux études médicales françaises découlait d'une loi de 1971 permettant de fixer directement par arrêté ministériel le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année de médecine. Depuis 2001, il a été réajusté progressivement chaque année, avant d'être supprimé en 2019. Les effectifs d'étudiants en deuxième ou troisième année seront déterminés à l'avenir par les universités, en lien avec les agences régionales de santé, selon les capacités et les besoins des territoires.

2 Rapport entre le nombre de médecins en activité régulière (toutes disciplines confondues ici) et le nombre d'habitants. In « La démographie médicale en Région picarde, situation en 2015 », Ordre des médecins, 2015. Lors de la refonte des régions, la Picardie a été englobée dans les Hauts-de-France. Depuis, les éditions annuelles de l'Atlas de la démographie médicale ne présentent plus ce classement régional des densités de médecins.

OBSERVER L'OFFRE DE SANTÉ À LA BONNE ÉCHELLE

L'échelle des bassins de vie retenue par l'agence régionale de santé pour définir sa politique, pertinente pour une lecture régionale de l'offre de santé, n'a pas été retenue par Oise-les-Vallées, car elle ne rend pas compte des disparités à l'intérieur des territoires de décision de l'agence. Les bassins de vie intègrent une gamme de services et d'équipements qui dépasse la maille de proximité, plus resserrée, dans laquelle exerce le médecin généraliste. L'échelle communale pour le calcul des densités de médecins est certes artificielle car le rayonnement du médecin généraliste dépasse souvent la commune. En revanche, elle met

en évidence les pleins et les creux de l'offre de médecins. À partir de l'échelon communal, apparaissent des secteurs plus larges marqués par la récurrence du vieillissement et de la faible densité des médecins et les effets de cumul.

Après quelques hésitations et bricolages périlleux, une source fiable a été sollicitée auprès de l'agence régionale de santé : le fichier RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé, anonymisé). Les médecins en activité se partageant fréquemment entre plusieurs lieux et plusieurs statuts (libéral et salarié), il a fallu estimer le nombre de médecins par commune en équivalent temps plein.

Dans le Pays de Saint-Omer, le renforcement de l'offre de soins par le maillage en maisons de santé

Marie-Julie Massemmin, agence d'urbanisme et de développement (AUD) Pays de Saint-Omer

Face à une situation de fort déficit en offre de soins, les intercommunalités du Pays de Saint-Omer se sont mobilisées depuis près de dix ans. Cette mobilisation s'est traduite par la réalisation de deux études mettant en lumière les spécificités propres à chaque territoire et permettant ainsi de cibler les actions à mener, afin d'améliorer l'accès à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Plusieurs actions ont été conduites, dont l'accompagnement des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles.

La nécessité de dresser un bilan complet et un plan d'action global sur l'offre de soins et les besoins de santé de la population a émergé après la combinaison de deux facteurs : une prise de conscience de la gravité du contexte, suite notamment à la production en 2010 d'un « atlas de la santé » par l'agence d'urbanisme et de développement du Pays de Saint-Omer sur la base de l'observatoire régional, et l'émergence de réflexions et de projets privés sur le renforcement de l'offre de soins.

S'appuyant sur le projet régional de santé 2012-2016 de l'agence régionale de santé et sur la dynamique engagée par le conseil régional, les intercommunalités du Pays de Saint-Omer ont décidé de mener, avec l'appui de l'agence d'urbanisme, deux études : une étude pour la communauté d'agglomération de Saint-Omer (Caso) et une étude pour les quatre autres intercommunalités du Pays de Saint-Omer (communautés de communes de la Morinie, du canton d'Aire, du canton de Fauquembergues et du pays de Lumbres). La première étude, conduite par le bureau d'études Acsantis à l'échelle de la communauté d'agglomération, a été lancée en 2012. Après un

diagnostic partagé (via des permanences, des enquêtes et des entretiens), le plan d'action a permis d'aboutir à la signature d'un contrat local de santé en décembre 2014 faisant suite à la prise de compétence sur la santé par la Caso en juin 2013. La seconde étude a été lancée en février 2014 selon la même méthode pour aboutir à un plan d'action en 2015.

Une situation contrastée

Ces études ont mis en avant des enjeux communs et des particularités propres à certains territoires. Ainsi, de façon globale, la population se caractérise par d'importants besoins de santé sur les maladies chroniques, la santé mentale et les pratiques addictives et l'autonomie des personnes âgées, notamment à domicile. Les besoins de soins de proximité organisés sont particulièrement forts pour les territoires ruraux.

En revanche, si l'offre de soins est particulièrement fragile et déficitaire dans les communes rurales, elle est tout de même à renforcer dans le pôle urbain, notamment pour certaines spécialités (ophtalmologistes par exemple).

Enfin, le besoin d'améliorer la coordination des acteurs de santé et l'information des usagers sur