

L'OFFRE DE SOINS EN MILIEU RURAL. L'exemple de l'Auvergne

- Table des matières -

Préface de Daniel Barry, directeur de l'URCAM Auvergne

Introduction – Santé et territoire : autour de l'idée de géographie de la santé

- I. Les enjeux d'une recherche en situation professionnelle
- II. Géographie de la santé : les grands axes
 - A) Les deux pans de la géographie de la Santé : la géographie de la maladie ; la géographie des systèmes de soins
 - B) L'évolution de la géographie de la Santé
- III. Problématiques et hypothèses

- 1^{ère} partie -

APPROCHE TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS EN MILIEU RURAL : CONTEXTE ET MÉTHODES

Chapitre 1 – Les services de santé en France et dans les campagnes auvergnates : enjeux et perspectives

- I. Protection sociale, santé et territoire
 - A) Un système national, résultat d'une longue histoire
 - 1 – *Les exemples de protection sociale dans les pays étrangers* (Le modèle Bismarckien allemand – « l'Etat providence beveridgien » – Le système du Royaume-Uni – Le système soviétique et les Etats-Unis)
 - 2 – *Le système français : une idée aux origines complexes*
 - 3 – *Le système actuel de protection sociale à la française* (Soixante ans d'évolution, 1945/2005 ; Bref aperçu du financement)
 - B) Le rôle de « l'Assurance Maladie »
 - 1 – *Organisation de l'Assurance Maladie et territoire* (La mosaïque des différents régimes – L'organisation territoriale : centralisme et hiérarchie ?)
 - 2 – *Les missions d'un assureur public et sa relation au territoire* (La prise en charge des dépenses de santé sur tout le territoire – Les autres missions)
 - C) Protection sociale, pouvoirs publics et Santé Publique
- II. Offre de soins et territoire : un milieu rural sous médicalisé ?
 - A) L'offre de soins : des points dispersés sur un territoire ?
 - 1 – *Les différentes composantes de l'offre de soins en France* (La médecine ambulatoire : le libre choix des professionnels – Le domaine hospitalier : le poids des infrastructures)
 - 2 – *Les principes intrinsèques de la répartition territoriale de l'offre de soins en France* (Système hospitalier et théorie des lieux centraux – À propos de la liberté d'installation)
 - B) « Santé des villes » et « santé des champs » ? Différences et complémentarités
 - 1 – *Une offre de soins de proximité assez similaire entre villes et campagnes*
 - 2 – *La ville : place et lieu des soins spécialisés ?* (Les établissements de soins : nécessairement une implantation urbaine – Technologie, spécialité et santé : la place de la ville)
 - 3 – *Entre système de santé en milieu urbain et en milieu rural ; quelle approche de la notion de distance aux soins ?* (La distance aux soins de proximité – L'accès aux soins spécialisés)
 - C – *Approche territoriale de la démographie médicale : un milieu rural fragilisé ?*
 - 1 – *Le vieillissement des professionnels* (Les professions médicales plus âgées que les professions paramédicales – Quelles solutions ? Quel impact du numerus clausus ?)
 - 2 – *Le changement de comportements sociodémographiques*
- III. L'Auvergne, un terrain d'analyse adapté ?
 - A – Une offre de soins aux résultats proches des résultats nationaux
 - 1 – *Les professionnels de santé* (L'offre auvergnate inférieure aux moyennes nationales ? – Les disparités locales, premiers constats au niveau départemental – Les perspectives d'évolution)
 - 2 – *L'offre hospitalière* (Le taux d'équipement en structure hospitalière – Les établissements de courts séjours « MCO » – Les établissements de soins de suites et de réadaptation – Les établissements de « Psychiatrie »)
 - B) Les campagnes auvergnates : terrain de choix pour l'analyse du système de soins en milieu rural ?
 - 1 – *L'Auvergne : un territoire sensible* (Une organisation de territoire « sensible » – La densité de population : une source de fragilité – Le poids du vieillissement des populations – Le revenu moyen en Auvergne)
 - 2 – *Une région à la ruralité variée* (Le poids de la ruralité – La diversité des campagnes auvergnates)
 - 3 – *L'équipement tertiaire des campagnes auvergnates* (La concentration des commerces et services dans les bourgs-centres – Le maintien exceptionnel des « services de santé »)

Chapitre 2 – Comment avoir une vision géographique de l'offre de soins des campagnes auvergnates ?

I. Des bases de données aux préoccupations éloignées de la réalité géographique

- A) Les registres d'inscriptions et bases professionnelles
 - 1 – *Les fichiers du ministère de la Santé* (ADELI – FINISS, SAE : la statistique des établissements de soins – Le PMSI-MCO)
 - 2 – *Les fichiers des Ordres professionnels*
- B) Le système informationnel de l'Assurance Maladie
 - 1 – *La logique de fonctionnement du système* : « une base pour payer » (Le « circuit de la feuille de soins » – Présentation de la base SIAM-ERASME)
 - 2 – *Les données détenues dans les bases de l'Assurance Maladie* (Les informations sur le bénéficiaire des soins – L'exécutant de l'acte de soins – L'acte de soins)
 - 3 – *Les précautions à prendre pour avoir une réflexion territorialisée* (La qualité des données ; l'exemple du code commune – Les cartographies : la nécessité de l'inter-régime)
- C) Les autres bases d'études (URML, INSEE, etc.)
 - 1 – *Les bases des URML*
 - 2 – *Les données INSEE* (L'inventaire communal – Le recensement général de la population)
- D) Le projet de répertoire commun en conclusion

II. Analyse géographique et approche qualitative de l'offre de soins : les enseignements de la littérature grise

- A) Le tournant des années 2000
 - 1 – *Un intérêt venant de multiples directions*
 - 2 – *La prise de conscience des instances à travers les publications des organismes de Santé Publique* (IRDES, DREES, HCSP, etc.)
- B) Les travaux spécialisés sur la démographie des professions de santé : le rôle de l'ONDPS
- C) La prise de conscience auvergnate : les documents des organismes locaux et régionaux
 - 1 – *Les travaux de la DRASS et de la plate-forme d'observation sanitaire et sociale d'Auvergne* (L'Atlas de l'offre de soins en Auvergne – L'Atlas des services de soins à domicile en Auvergne – Le diagnostic sanitaire et social de l'arrondissement d'Ambert)
 - 2 – *Les URCAM* (Les études mutualisées – Étude *Médecine ambulatoire et territoire* pour l'URCAM et l'URML Auvergne)
 - 3 – *ARH, les travaux de la MRS* (SROS et territorialisation – Le diagnostic partagé)

III. Le terrain et l'outil géomatique

- A) Une vision de l'intérieur : « la culture Assurance Maladie »
 - 1 – *Un cursus universitaire en entreprise ou une vie professionnelle en lien avec une démarche universitaire*
 - 2 – *Risques et faiblesses d'une implication professionnelle dans la démarche de thèse*
- B) Le travail sur le terrain, les relations humaines
 - 1 – *Les institutionnels et les gestionnaires de la Santé publique*
 - 2 – *Les professionnels de santé*
 - 3 – *Les politiques*
- C) Cartographie et SIG, le rôle de l'outil
 - 1 – *Assurance Maladie et cartographie* ; 2 – *Les outils de cartographie automatisée et les SIG*

Chapitre 3 – Quel territoire de santé observer ?

I. Les différents territoires de la santé

- A) Institutions et projets : l'exemple des territoires de santé du SROS 3
- B) Ressources et offres
 - 1 – *Les territoires de la médecine libérale*
 - 2 – *Les territoires des structures d'aides aux personnes âgées dépendantes*
 - 3 – *Les zones d'influence des hôpitaux* (Les zones d'influence pour l'activité de chirurgie – Les zones d'influence pour l'activité de gérontologie)
- C) Espaces de vie et rapport à la santé
 - 1 – *La méthode* ; 2 – *Les principaux résultats*

II. Le choix de l'échelle

- A) Le niveau régional : un choix en toute connaissance de cause
- B) A l'échelle locale : un milieu rural très élargi
 - 1 – *Un cadre officiel et pratique : le découpage INSEE*
 - 2 – *Définition du secteur d'étude* (Les niveaux d'approche territoriale – Les espaces de la zone d'étude)
- C) Quel est le bon maillage pour étudier l'offre de soins en milieu rural en Auvergne ?

III. Les dynamiques territoriales

- A) Exemple de l'arrondissement d'Ambert
- B) Les établissements hospitaliers en Auvergne

- 2^e partie -

L'OFFRE DE SOINS DES CAMPAGNES AUVERGNATES : UNE FRAGILITE NATURELLE ?

Chapitre 4 – Les campagnes auvergnates comptent-elles assez de professionnels de santé ?

I. L'offre de soins auvergnate : les grands axes

- A) La répartition des effectifs par métiers
 - 1 - *Au niveau régional ; 2 - Au niveau départemental*
- B) Le lien entre offre de soins et démographie à l'échelle départementale
 - 1 - *Les effectifs par département*
 - 2 - *La desserte départementale*
 - 3 - *Commentaires sur l'ancienneté du recensement*
- C) Offre de soins en Auvergne, le partage inégal entre monde urbain et milieu rural
 - 1 - *Les effectifs de professionnels de santé corrélés au poids démographique ?*
 - 2 - *Une offre de soins variant selon les territoires*
 - 3 - *Quelles places pour les spécialistes dans les campagnes auvergnates ?*

II. Les variations de desserte à niveau fin, l'exemple des médecins généralistes

- A) Première approche
- B) Les réalités départementales
 - 1 - *L'Allier ; 2 - Le Puy-de-Dôme ; 3 - Le Cantal ; 4 - La Haute-Loire*

III. L'offre de soins des campagnes auvergnates : une fragilité dépendant de l'organisation du territoire ?

- A) Trame territoriale et professionnels de santé
 - Effectifs de professionnels de santé et 1- taille des communes ; 2 - statut des communes*
- B) La coordination entre les professionnels locaux : l'idée de pôle de santé de base ?
 - 1 - *Les pôles de santé de base en Auvergne : répartition territoriale* (Les pôles de santé dans les départements - Les pôles de santé de base : une présence marquée en milieu rural ? - Pôle de santé de base et poids démographique - Pôle de santé de base et trame administrative)
 - 2 - *Les caractéristiques des pôles de santé en Auvergne* (Nature des pôles de santé incomplets - Les « éléments isolés » de santé)
 - 3 - *Répartition territoriale des pôles de santé de base*

Chapitre 5 – Les caractéristiques de l'offre sont-elles sources de fragilité ? Le poids de l'âge chez les professionnels de santé

I. La répartition par âge des professionnels de santé

- A) Des différences entre les professions
- B) Les pyramides des âges : un outil de prospective
 - 1 - *Les médecins généralistes ; 2 - Les infirmiers ; 3 - Les masseurs-kinésithérapeutes*

II. Les inégalités par rapport à l'âge entre les territoires ?

- A) Au niveau départemental
- B) Âge et effectifs dans les quatre départements
 - 1 - *Les médecins généralistes ; 2 - Les infirmiers ; 3 - Les masseurs kinésithérapeutes*
- C) Entre espace urbain et milieu rural

III. Comment gérer géographiquement les départs massifs à la retraite ? L'exemple des médecins généralistes

Chapitre 6 – Activité des professionnels de santé, des marqueurs de fragilité pour le milieu rural ?

I. L'analyse de l'activité des professionnels, des particularités spécifiques au monde rural auvergnat ?

- A) La mesure de l'activité : les limites méthodologiques
 - 1 - *Où trouver les données ? ; 2 - A propos de la mesure de l'offre de soins*
- B) L'activité des médecins généralistes
 - 1 - *L'activité des médecins généralistes*
 - 2 - *L'influence de l'âge et du sexe sur l'activité du médecin généraliste*
 - 3 - *Une activité variant selon le type de territoire : la distinction du milieu rural*
- C) Les infirmiers
 - 1 - *Les honoraires moyens*
 - 2 - *Le poids des indemnités kilométriques*
 - 3 - *Les actes en « AIS », le maintien à domicile*

- II. L'activité des médecins généralistes dans les campagnes auvergnates : quelles particularités ?
 - A) Une activité plus soutenue des médecins généralistes en milieu rural
 - 1 - *Un niveau d'activité plus élevé en milieu rural*
 - 2 - *L'activité des médecins généralistes, une approche à niveau fin*
 - B) Les visites à domicile : un des derniers particularismes des médecins généralistes ruraux
 - 1 - *Les visites : une spécificité rurale ?*
 - 2 - *La baisse inexorable du nombre de visites*
 - 3 - *Part des visites dans l'activité : approche cartographique*
- III. Approche territoriale de la relation entre les médecins généralistes et leur patientèle
 - A) Les flux de patientèle : la notion d'accès aux soins
 - 1 - *A propos de la notion de flux de patientèle*
 - 2 - *Les flux et bassins de patientèles en Auvergne*
 - B) La notion d'attractivité pour les médecins généralistes auvergnats
 - 1 - *La consommation intra-zone*
 - 2 - *L'attractivité des territoires en médecins généralistes*
 - 3 - *Mesurer la réponse de l'offre : où se situe le monde rural ?*

- 3^e partie -

**LES ZONES DÉFICITAIRES ET FRAGILES EN OFFRE DE SOINS EN AUVERGNE.
DU CONSTAT À L'ACTION**

Chapitre 7 – Définir des zones déficitaires en offre de soins : rendre utile le constat ?

- I. La première étape 2003–2004 : les prémices de définitions de zones déficitaires
 - A) Le projet national de l'ONDPS et de la DREES
 - 1 - *Application de la méthode DREES (La densité de professionnels – La consommation – L'activité des médecins généralistes)*
 - 2 - *Limites de la méthode*
 - B) Le contre-projet URCAM
 - 1 - *Les zones de recours auvergnates (Rappel de la méthode nationale : zones de recours et zones de recours opérationnelles en médecine générale – Les zones de recours auvergnates)*
 - 2 - *Les indicateurs : résultats auvergnats*
 - 3 - *La situation auvergnate*
 - C) Le projet mené par le comité régional auvergnat de l'observatoire de la démographie des professionnels de santé
 - 1 - *Les textes réglementaires*
 - 2 - *Application des critères à l'Auvergne (Le zonage retenu : des territoires cohérents des bassins de services intermédiaires – Données méthodologiques)*
 - 3 - *Résultats et commentaires*
- II. Le tournant 2004/2005 : des zones déficitaires au cœur d'une organisation
 - A) Quelles sont les possibilités émanant du monde de la Santé ?
 - 1 - *La création de la MRS et l'article L.162-47 du Code de la Sécurité Sociale*
 - 2 - *La convention de janvier 2005 (Les principes – Les mesures concrètes prises dans cette convention pour la régulation de la démographie)*
 - 3 - *L'avenant n° 20*
 - B) Œuvrer parmi les acteurs du monde rural : donner des pouvoirs aux territoires
 - 1 - *Les exonérations fiscales*
 - 2 - *L'aide aux étudiants*
 - 3 - *Le financement des structures et les aides à l'installation*
 - C) Réorganiser la profession
 - 1 - *Le collaborateur libéral ; 2 - Les cabinets multisites ; 3 - Le transfert de compétence*
- III. L'approche territoriale auvergnate des mesures incitatives à l'installation : officialiser le constat
 - A) Le maillage de réflexion
 - 1 - *Le choix d'une unité de réflexion : le BSI révisé*
 - 2 - *Le découpage des secteurs : les différentes étapes*
 - B) Les indicateurs en 2005
 - 1 - *Définition des indicateurs (Les indicateurs de l'offre de soins – Les indicateurs sociodémographiques)*
 - 2 - *Valorisation des indicateurs*
 - C) Les zones déficitaires en offre de soins en Auvergne en 2005

IV. Zones déficitaires et zones fragiles : faire évoluer le constat

- A) Le décret impossible de 2007
 - 1 - *Les motivations de la mise à jour du zonage de 2005*
 - 2 - *La nouvelle méthode*
 - 3 - *Les zones déficitaires en offre de soins en Auvergne en 2007*
- B) Une autre dimension territoriale : l'idée de zones fragile
 - 1 - *Pourquoi définir des zones fragiles ?* ; 2 - *Méthode* ; 3 - *Résultats*
- C) Les territoires des mesures incitatives en Auvergne : synthèse

Chapitre 8 – L'application des mesures incitatives en Auvergne

I. Le difficile bilan des mesures

- A) Les mesures propres à l'Assurance Maladie
 - 1 - *Les CBP (Contrats de Bonne Pratique)*
 - 2 - *L'avenant n° 20*
- B) Les mesures des collectivités
 - 1 - *Le projet « Wanted » du Conseil Général de l'Allier*
 - 2 - *Les indemnités de stage du Conseil régional*
 - 3 - *Les projets de maisons de santé pluridisciplinaires*

II. L'information et la coordination

- A) Les outils disponibles
 - 1 - *C@rtosanté et C@rtosanté Pro*
 - 2 - *Inst@lsanté*
 - 3 - *Le guichet unique de la MRS d'Auvergne*
- B) L'accompagnement des étudiants
- C) L'accompagnement des collectivités territoriales

III. La question de la démographie médicale sur le terrain

- A) « Les jeunes médecins ou les dilemmes de l'installation »
- B) Exemple d'une installation en zones déficitaires
 - 1 - *L'exemple d'Ardes*
 - 2 - *La « filière roumaine »*
- C) Les médecins exerçant en zones déficitaires, quelles opinions ?

Conclusion générale

Glossaire des abréviations utilisées – Bibliographie – Liste des figures – Liste de tableaux