Réveils de l'Aurav

Déserts médicaux en Vaucluse

AGENCE D'URBANISME AURAV RHÔNE AVIGNON VAUCLUSE

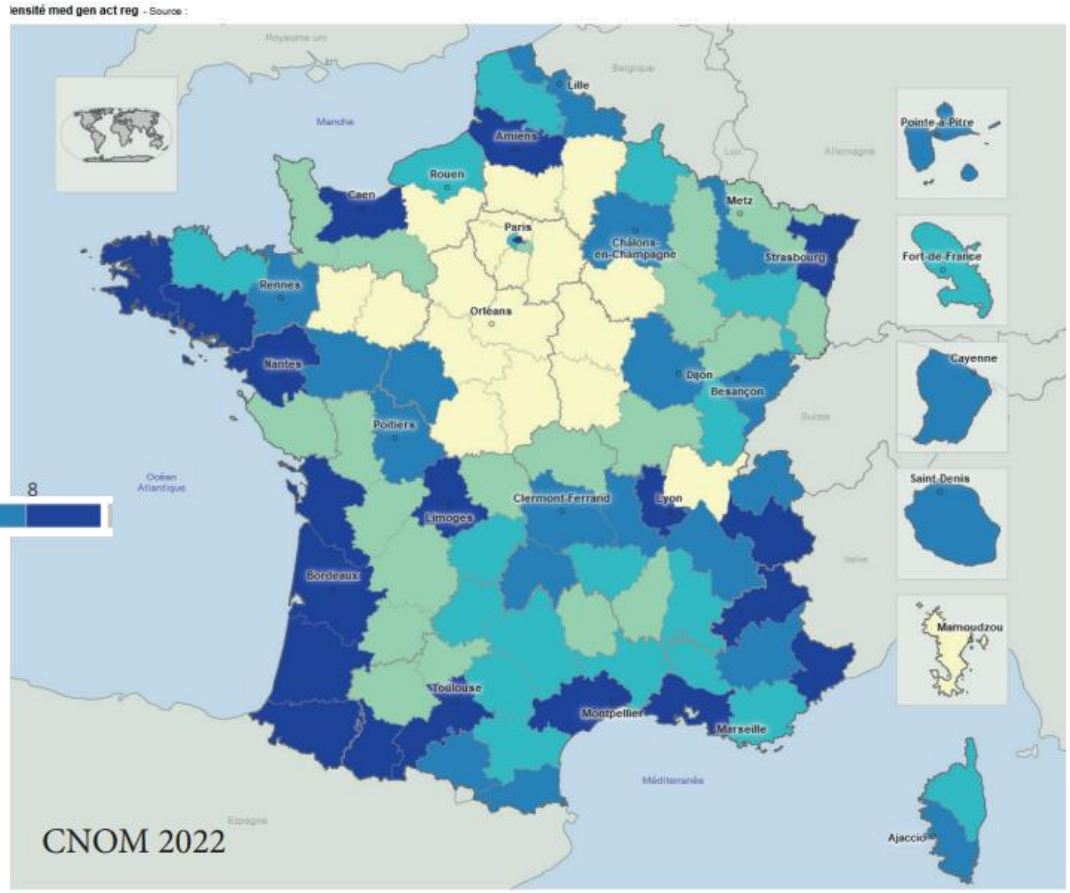
Le 30 mars 2023

Contexte

- Une **densité au dessus de la moyenne française** (122 médecins pour 100.000 habitants) mais …

Contexte

Classement départemental par décile des densités pour 100 000 habitants de médecins généralistes en activité régulière en 2022



Légende

2 4 6 8

Contexte

- Une **densité au dessus de la moyenne française** (122 médecins pour 100.000 habitants) mais …

- Un **vieillissement prononcé** de la population vauclusienne : près de 30% de la population a plus de 60 ans, proportion qui va s'accentuer dans les années à venir

- Un **nombre de médecins généralistes et spécialistes qui diminue**

(-19% de médecins généralistes entre 2010 et 2022, -14% de spécialistes)

- Une **baisse qui se poursuit** sur la période récente (-3% entre 2021 et 2022) alors qu'on observe un regain en France

- Des médecins vieillissants avec un **âge moyen proche de 60 ans** contre 57 ans en France

Publication à venir

Déserts médicaux : point sur la situation vauclusienne
Une publication à retrouver prochainement sur le site de l'AURAV

Ordre du jour

1

Déserts médicaux en Vaucluse : le cas des généralistes

Fatou Diouf, étudiante et Cyrille Genre-Grandpierre, enseignant-chercheur à l'UMR Espace - département de géographie-aménagement, Avignon Université

2

Quelles mesures déployer pour y faire face ?

Guillaume Chevillard, chargé de recherche, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

Des déserts médicaux en Vaucluse ?

Le cas des généralistes

Fatou DIOUF (M1 GEOTER)

Cyrille GENRE-GRANDPIERRE

UMR ESPACE – Avignon Université

Des déserts médicaux en Vaucluse ?

Pas de définition précise de la notion de désert médical

Désert médical := difficultés pour avoir un RV chez un médecin généraliste

- cf numerus clausus, population croissante et vieillissante
- difficultés locales liées à la localisation et l'accessibilité
- difficultés liées à la possibilité effective de prendre RV

→ Où sont les médecins ?

Accessibilité théorique : qui peut accéder à un médecin depuis où et en combien de temps ?

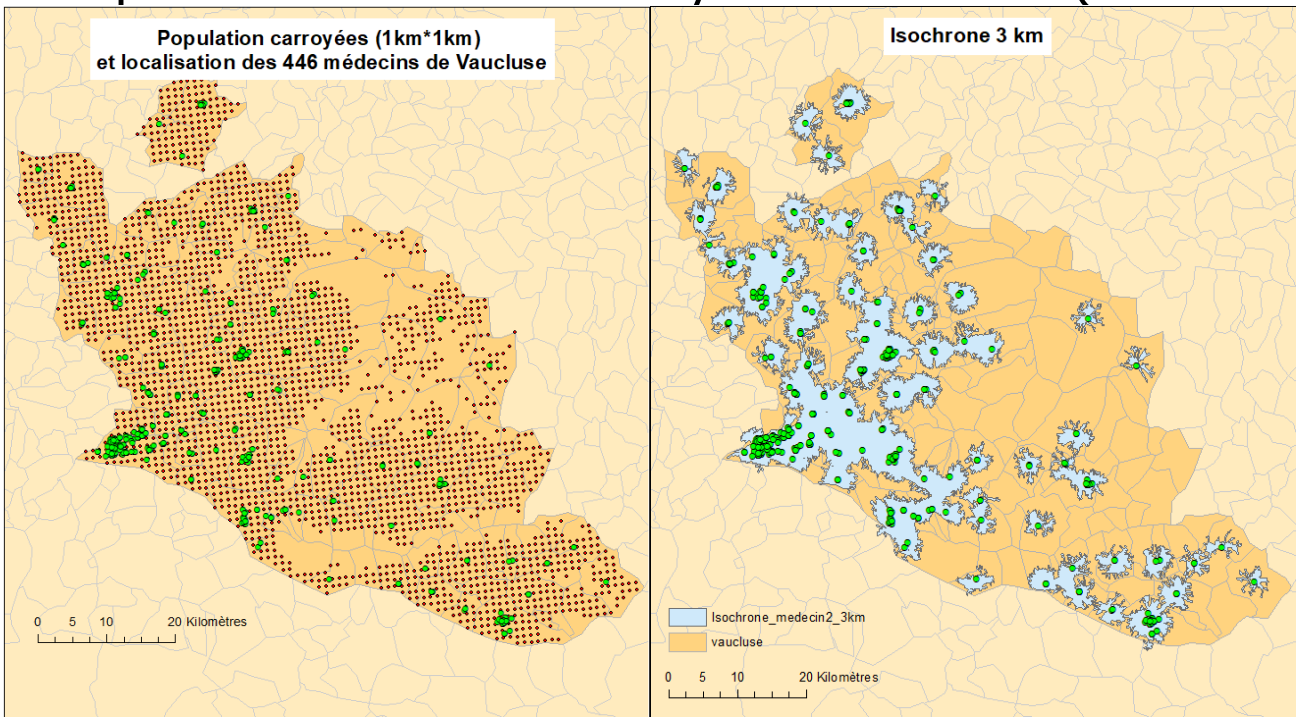
Accessibilité réelle : connaitre les médecins qui prennent des nouveaux patients

Méthode

1. Géolocalisation des médecins généralistes (base DREES 2017)

Calcul des accessibilités à partir des données carroyées de l'INSEE (1km*1km) :

- en voiture
- à pied



Méthode

2. Enquête téléphonique auprès de tous les médecins (444) pour savoir :

- Si ils prennent de nouveaux patients
- Leur âge
- Quand ils vont partir en retraite et, le cas échéant, si ils ont d'ores et déjà un remplaçant connu

Taux d'équipement et accessibilité aux médecins généralistes

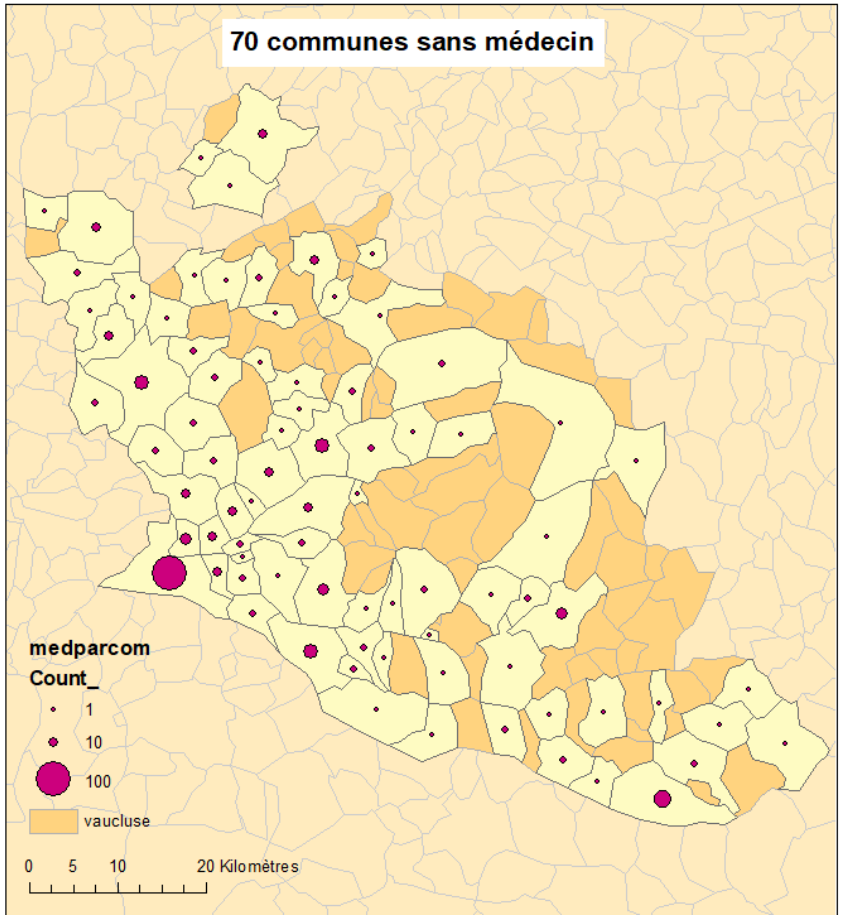
70 communes sans médecin mais une région et un département mieux pourvus que la moyenne nationale (Source 2020 Observatoire des Territoires
nb : des différences avec la base DREES)

En France 1096 hab/médecin

Maximum régional PACA : 848/méd
Minimum Régional : 1338 /méd. Centre-Val-De-Loire

Maximum départemental : 714 Hautes Alpes
Minimum 1466 Ain
Moyenne 1127

Vaucluse 1081
BDR 794
Var 927
Alpes Maritimes 805
Alpes de Hautes Provence 901



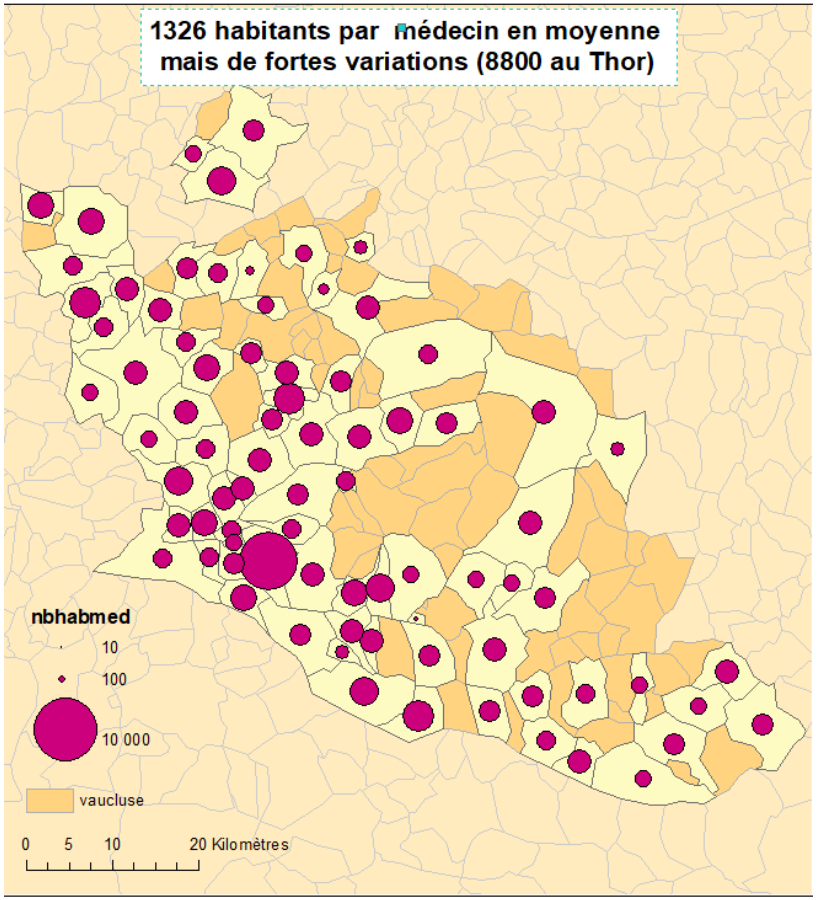
Taux d'équipement et accessibilité aux médecins généralistes

Des taux d'équipement très variables à l'échelle communale :

- 1326 habitants par médecin (nb 1081 Observatoire des territoires)

- des situations locales très problématiques (ex le Thor)

Données DREES 2017



Taux d'équipement variables aussi à l'échelle des intercommunalités

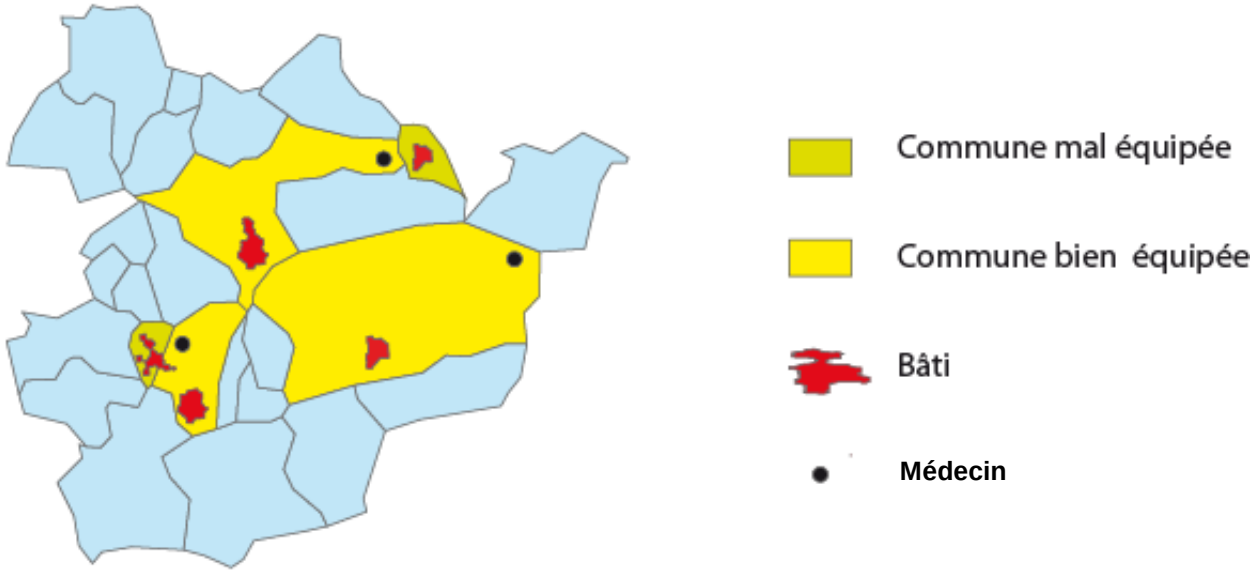
Nom de l'EPCI	Population	Nombre de médecins	Habitants par médecin
CC Enclave des Papes-Pays de Grignan	22826	10	2283
CC Ventoux Sud	8479	4	2120
CC du Pays des Sorgues et des Monts de Vaucluse	34512	18	1917
CC Rhône Lez Provence	25429	15	1695
CA Ventoux-Comtat-Venaissin (COVE)	69790	42	1662
CC des Sorgues du Comtat	50806	35	1452
CC Pays d'Apt-Luberon	29434	21	1402
CC Territoriale Sud-Luberon	24370	18	1354
CC du Pays Réuni d'Orange	44888	34	1320
CA du Grand Avignon (COGA)	192744	146	1320
CA Luberon Monts de Vaucluse	56251	43	1308
CC Aygues-Ouvèze en Provence (CCAOP)	18894	15	1260
CC Vaison Ventoux	16866	17	992

X 2

De 992 à 2283 habitants par médecin

Le taux d'équipement ne suffit pas pour mesurer l'accessibilité (pb découpages hétérogènes)

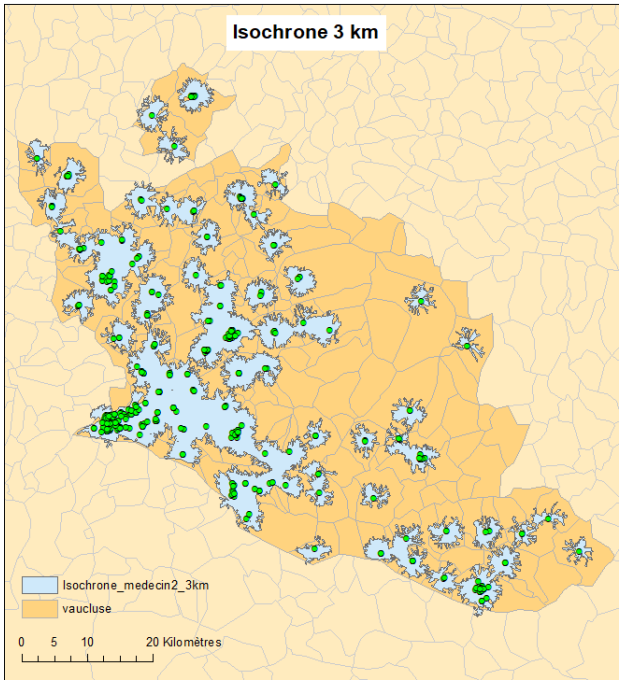
→ Travailler en termes de distances d'accès



Mesure de l'accessibilité

Calcul des isochrones (en temps et en kilomètres) (réseau Here-ESRI)

Sélection des populations dans les isochrones



Une bonne accessibilité théorique aux médecins généralistes

En voiture

88 % de la population à moins de 5 minutes d'un médecin

98 % à moins de 10 minutes d'un médecin

A pied

47 % de la population à moins de 1 km d'un médecin

85 % à moins de 3 km d'un médecin

Nombre de médecins et accessibilité théorique : simulations

Peut-on mieux localiser les médecins pour maximiser l'accessibilité ?

Utilisation de méthodes de localisation optimale (location-allocation):

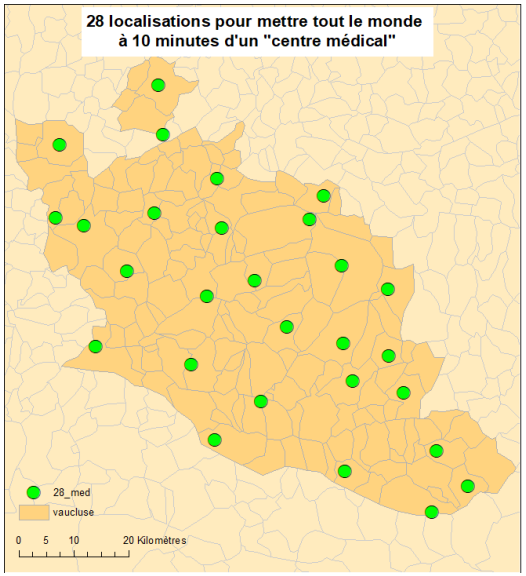
- Efficacité : minimisation de la somme des distances
- Équité : maximisation de la population couverte à une distance donnée

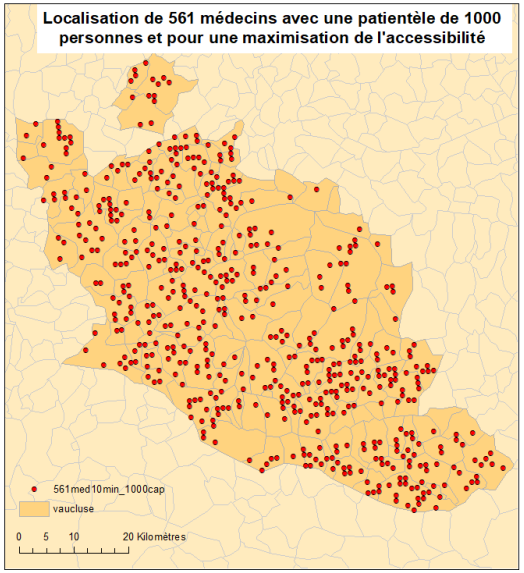
Nombre de médecins et accessibilité théorique

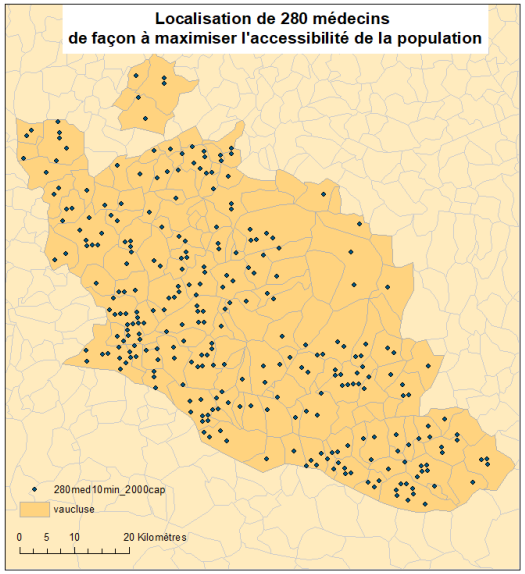
- Avec 28 « médecins » localisés optimalement toute la population peut être à moins de 10 minutes
- En tenant compte des patientèles

Localisation des :

- 561 médecins nécessaires pour une patientèle limitée à 1000 personnes (toute la population est à moins de 10 minutes)
- 280 médecins nécessaires pour une patientèle limitée à 2000 personnes (cf ajout d'ETP aux médecins cf. Allemagne, Pays Bas etc.)



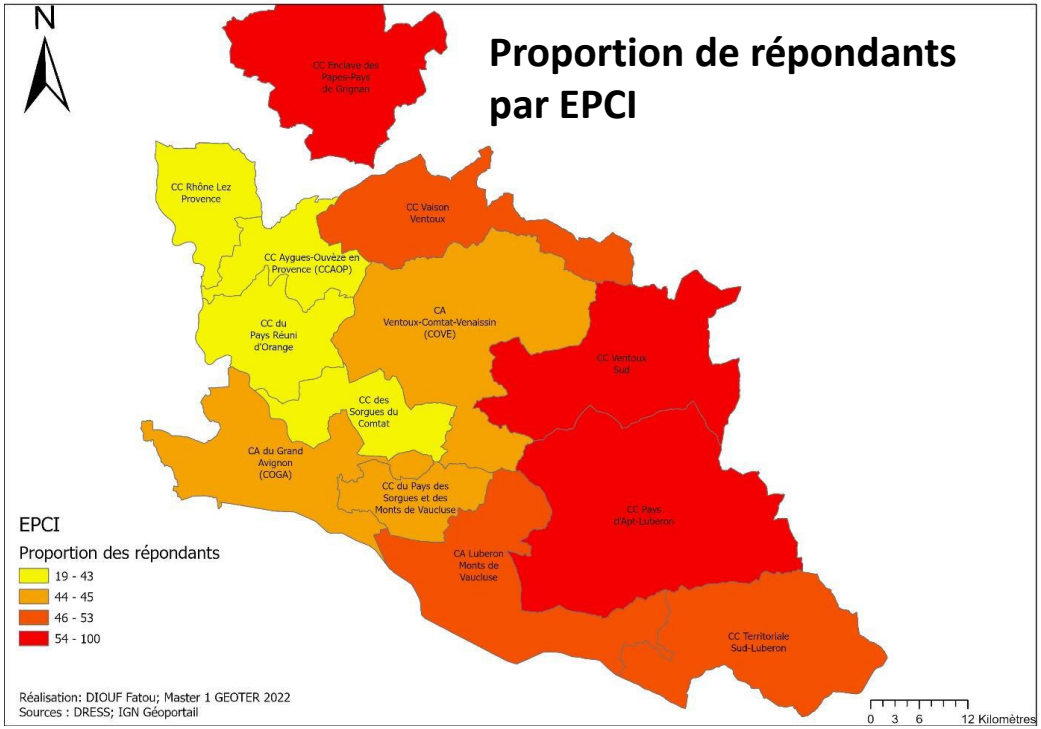




De l'accessibilité théorique à l'accessibilité « réelle »: prendre ou pas de nouveaux patients ?

Enquête téléphonique de Janvier – Mars 2022 : 207 réponses sur les 444 contactés (46%)

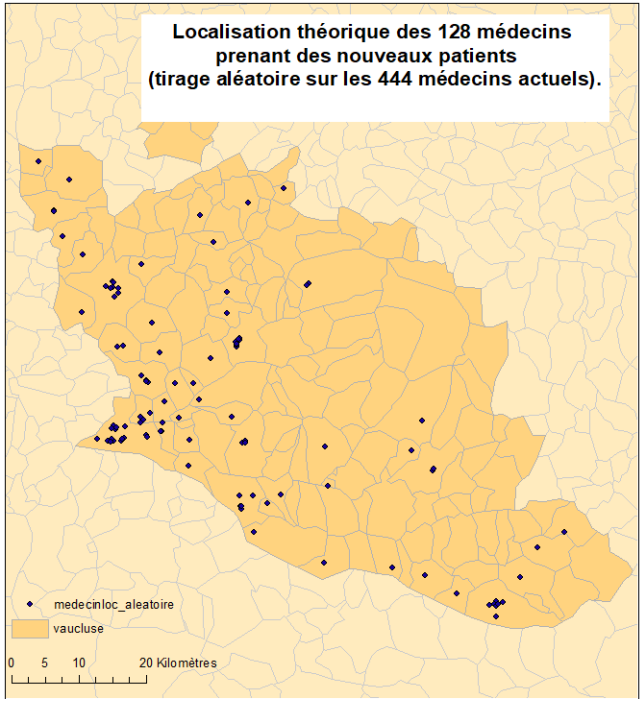
Représentativité :
pas de biais
spatiaux, H/F, âge



Accessibilité « réelle »

71 % des médecins ne prennent pas de nouveau patient

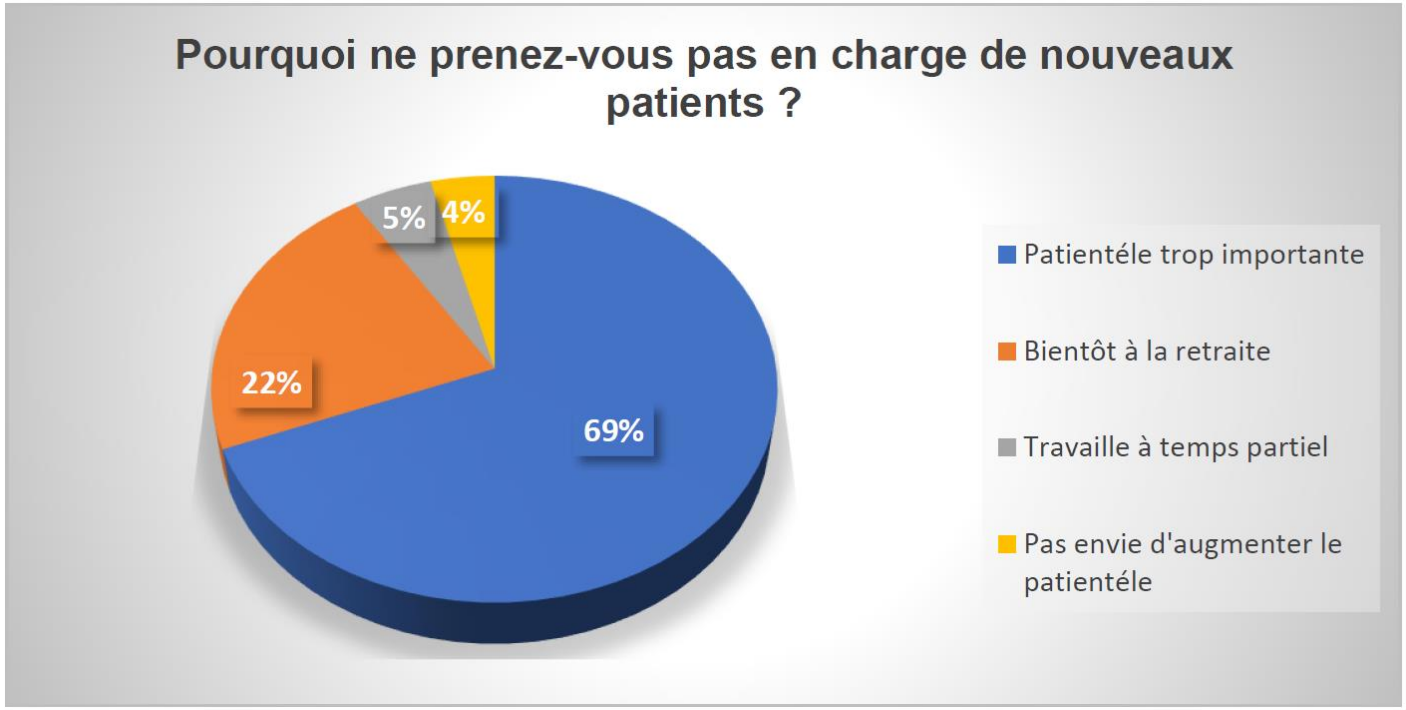
Reste donc réellement 128 médecins !



NB : Si on localise aléatoirement ces 128 médecins, on a 94 % de la population à moins de 10 minutes mais pb de capacité …

Des médecins surchargés

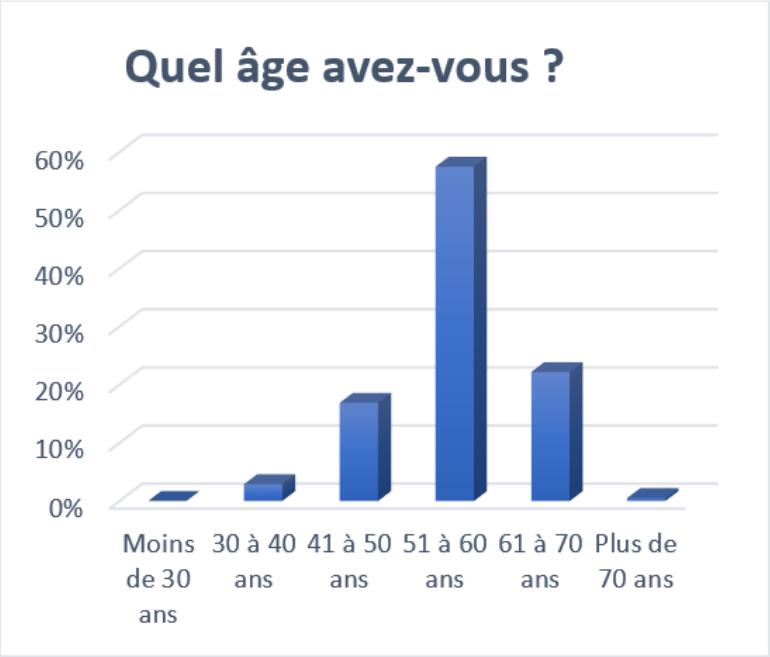
Trop de patients !



De sombres perspectives

Des médecins âgés ….

20 % de moins de 50 ans



…avec de nombreux départs en retraite

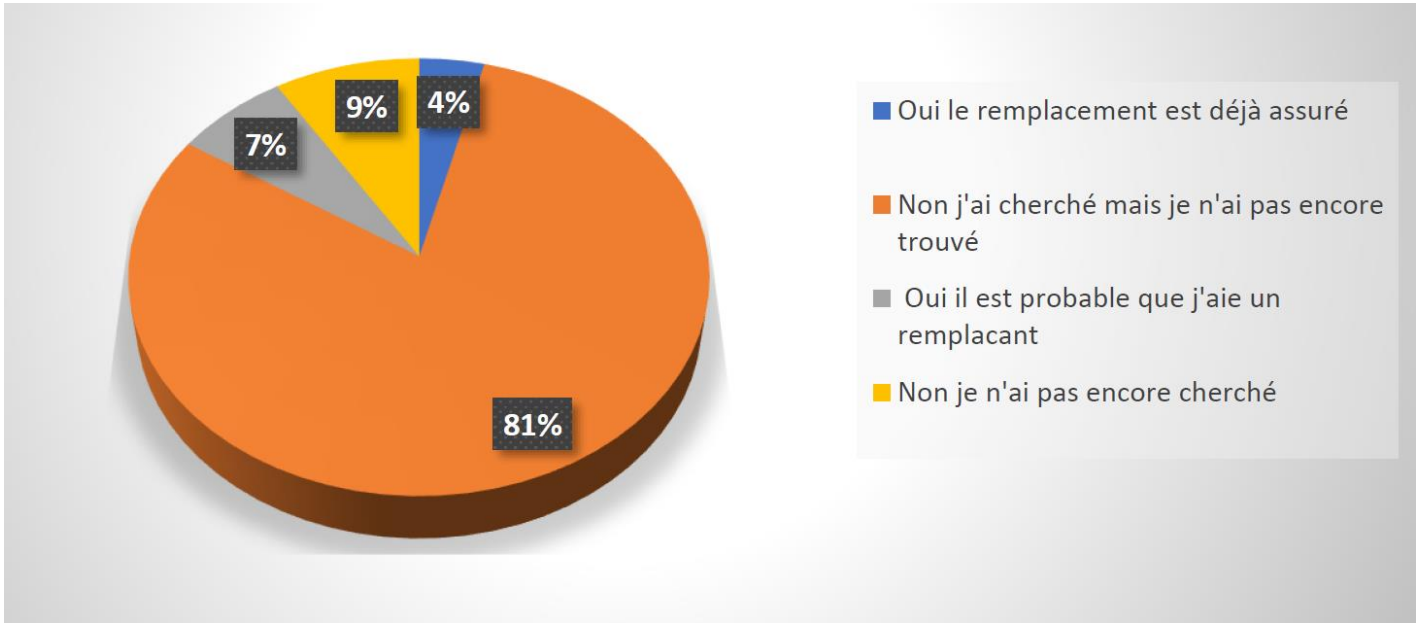
25 % en retraite dans 6 ans

44 % dans 6 ans

56 % dans 10 ans

De sombres perspectives

Des médecins âgés, avec de nombreux départs en retraite et des remplacements très incertains



7% seulement des médecins devant partir en retraite dans 3 ans ont un remplaçant

Demain ?

- Fin du numerus clausus (terminé en 2021)

- Affectation plus « dirigiste » : aide à la décision grâce aux méthodes de localisation optimale ?

- Augmenter les patientèles avec du support ?

- Télémédecine ?

DES DÉSERTS MÉDICAUX EN VAUCLUSE ?

LE CAS DES GÉNÉRALISTES

Fatou DIOUF (M1 GEOTER)

Cyrille GENRE-GRANDPIERRE

UMR ESPACE – Avignon Université

www.irdes.fr

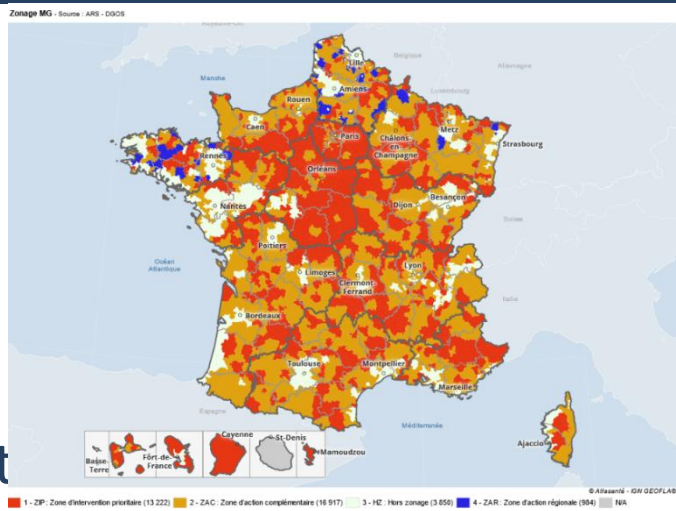
Les politiques de lutte contre les « déserts médicaux » au niveau national et local

Guillaume Chevillard
Chargé de recherche, géographe
Institut de recherche et documentation en économie de la santé
chevillard@irdes.fr

Sommaire

- Désertification médicale
- Réponses apportées pour améliorer l'accessibilité aux soins
- Focus sur les maisons de santé et le zonage infirmier
- Quelques exemples de réponses locales
- Quelles autres pistes pour demain?

Les « déserts médicaux »



- Territoires où les populations ont des difficultés d'accès au médecin généraliste
- 30 % de la population habite dans une zone prioritaire (ZIP)
- Initialement les « déserts médicaux » étaient des espaces ruraux mais désormais cela concerne aussi les villes, les espaces périurbains…
- La désertification a débuté à la fin des années 2000 va se poursuivre jusqu'en 2030 avec une intensité variable selon le type de territoire

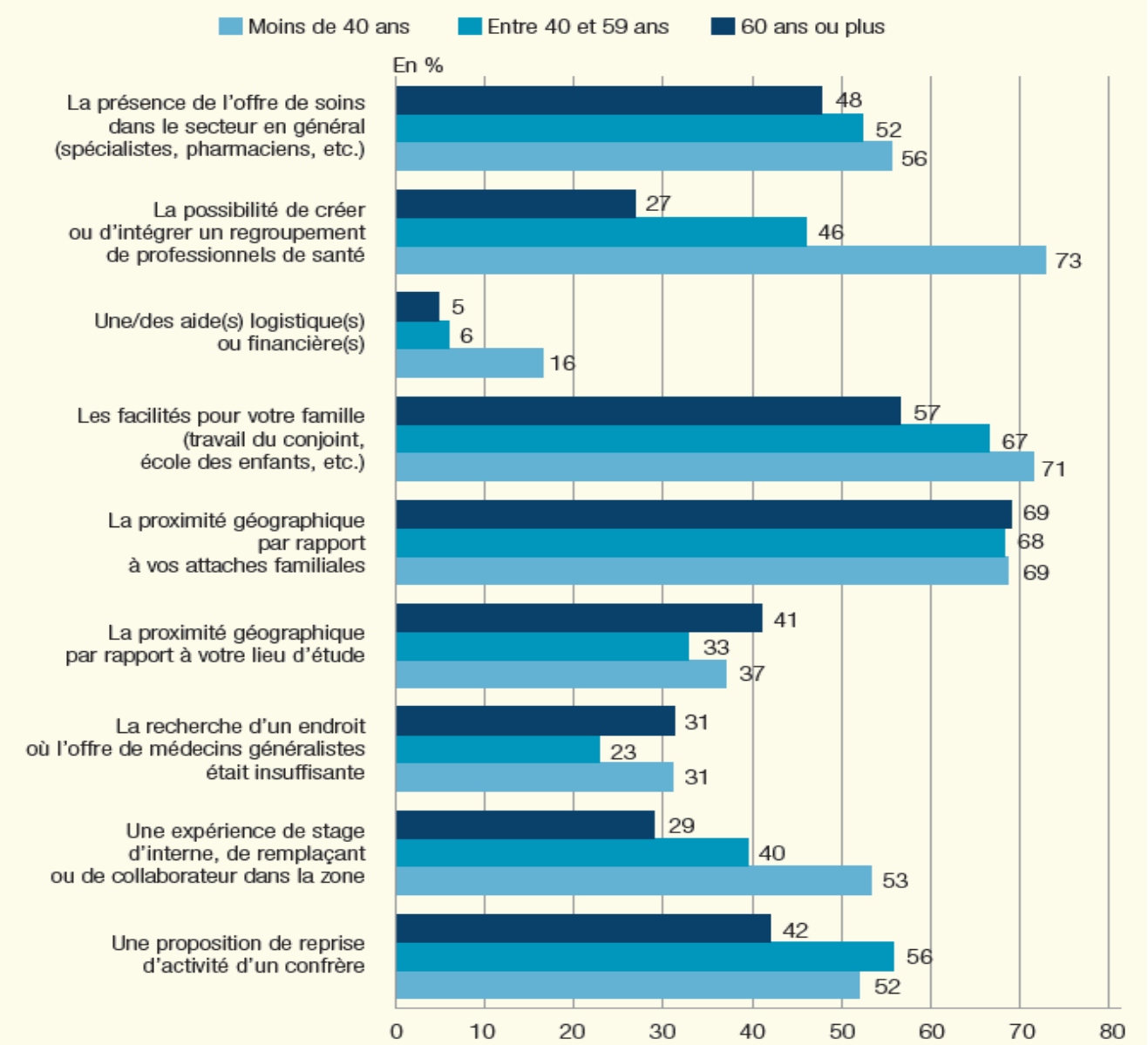
La désertification médicale

- Un processus aux causes multiples :

- Raréfaction de l'offre médicale (baisse des effectifs, aspirations à un meilleur équilibre vie pro/perso, augmentation et vieillissement de la population …)
- Inégalités territoriales d'offre de soins et liberté d'installation des médecins
- Différences d'attractivité entre territoires
- Des réponses politiques tardives voire inadaptées

Une des origines : les déterminants de l'installation des médecins généralistes

(Chaput et al., 2019)



IRDES

Les réponses pour améliorer l'accessibilité aux soins

3 types de réponses déployés par l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités locales depuis 2005 :

- Augmenter le stock global de médecins : *augmentation du nombre d'étudiants formés, recours à des médecins diplômés à l'étranger*
- Attirer/maintenir les MG dans les zones sous-dotées : *incitations financières, conditions d'exercice* ***(MSP****, salariat)*
- Augmenter le temps médical et réorganiser les services *: Asalee, IPA, assistants médicaux, exercice coordonné (MSP), CPTS etc.*

D'autres réponses en débat/en cours :

- **Régulation de l'installation** dans les zones « mieux » dotées comme pour **IDE**, MK, sages-femmes (Maurey, 2013, Garrot, 2021, 2023)
- 4e année d'internat prioritairement en zones sous-dotées (PLFSS, 2022)
- Accès direct à certains paramédicaux (Loi Rist)

Les instruments nationaux et locaux pour améliorer l'accessibilité aux soins

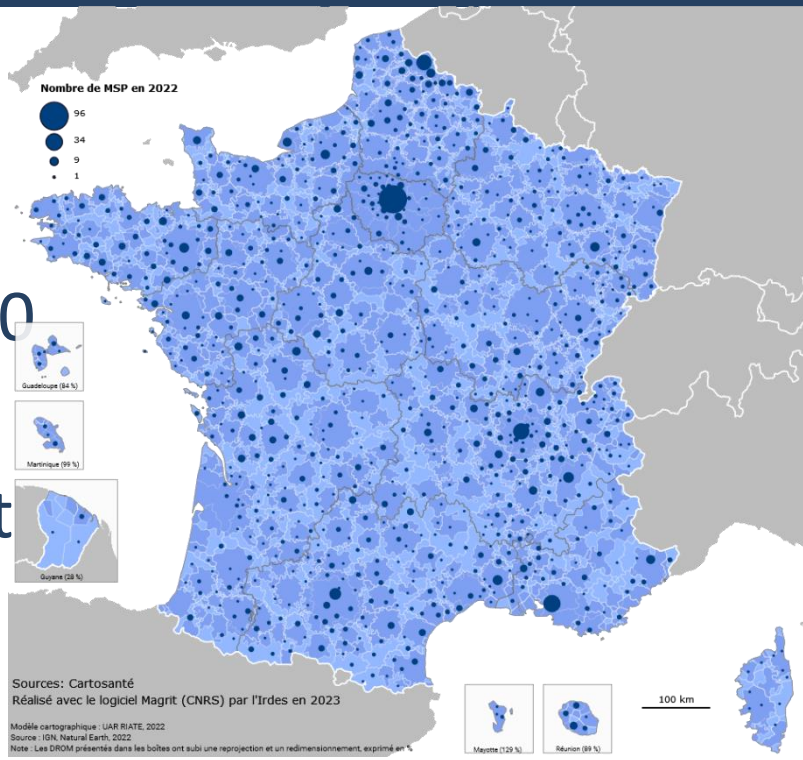
Type de réponse		État/ARS	Assurance maladie	Collectivités locales
Augmenter le stock de médecin	Formation	Augmentation du nombre d'étudiants en médecine		
	Exercice	Cumul emploi retraite		
				Recrutement de médecins diplômés à l'étranger
Améliorer la répartition géographique	Formation	Régionalisation numerus clausus		
	Incitations financières	Exonérations fiscales ; bourses d'étude (CESP) ; Praticien territorial de médecine générale	Contrats d'aides à l'installation	Aides à l'installation ; bourses d'étude ;
	Conditions d'exercice	Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)		
		Centres de santé, salariat		
Libérer du temps médical et/ou réorganiser les services de soins existants	Administratif		Assistants médicaux	
	Professionnels de santé		Inf. Asalee, IPA, exercice coordonnée (MSP) …	
			Téléconsultation	
		Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)		

Les maisons de santé

Chevillard, G., Mousquès, J., 2021. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Social Science & Medicine 287, 114358.

Les maisons de santé : un levier pertinent pour attirer des jeunes médecins (Chevillard et Mousquès, 2021)

- MG/paramédicaux + projet de santé
- Une croissance forte : plus de 2000 MSP en 2022
- Une implantation majoritairement dans les zones sous-dotées : marges rurales et espaces périurbains
- Un impact positif sur l'évolution de l'offre médicale et en particulier chez les jeunes MG

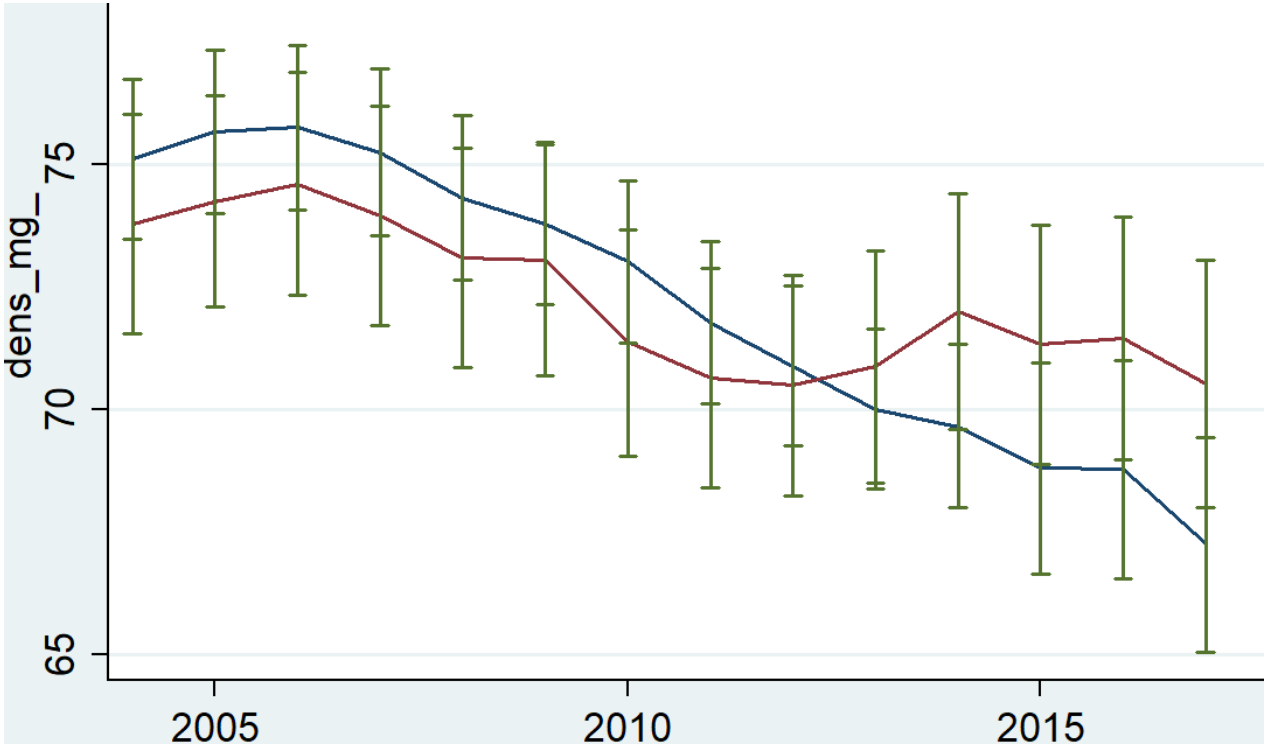


Les maisons de santé : un levier pertinent pour attirer des jeunes médecins (Chevillard et Mousquès, 2021)

- Dans les espaces périurbains sous dotés

⇒ Un effet positif sur l'évolution de l'offre globale de MG

⇒ Un effet plus fort sur l'évolution de l'offre de jeunes MG

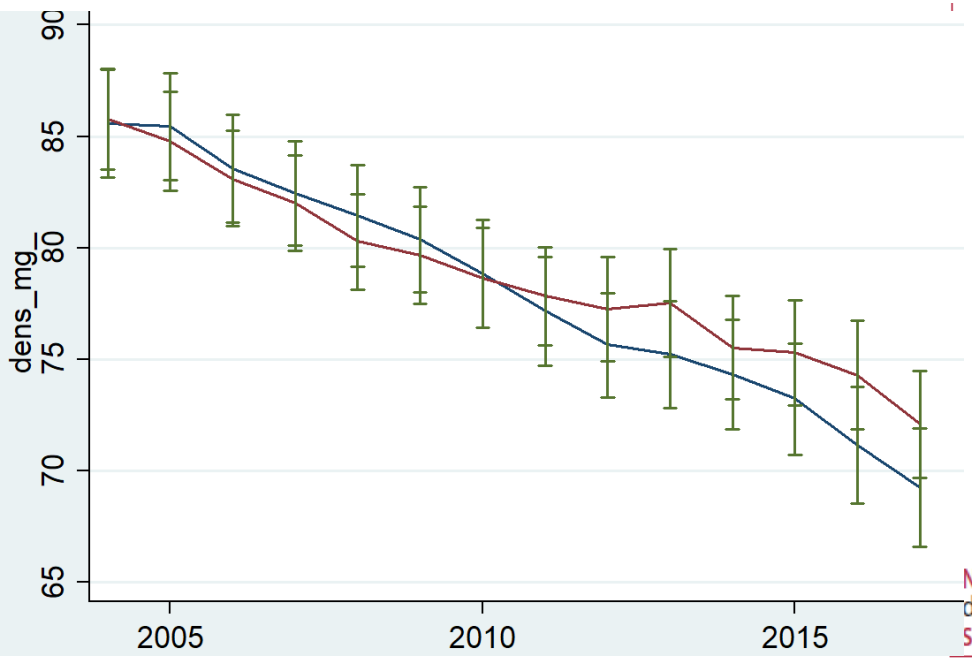


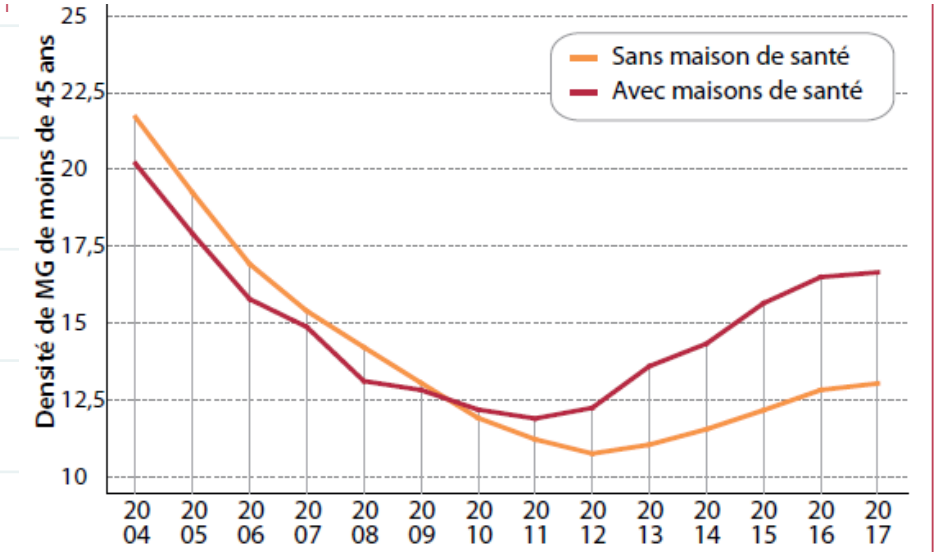
Les maisons de santé : un levier pertinent pour attirer des jeunes médecins (Chevillard et Mousquès, 2021)

- Dans les marges rurales

⇒ Un effet d'amortisseur de raréfaction de l'offre globale de MG

⇒ MAIS un effet positif sur l'évolution de jeunes MG

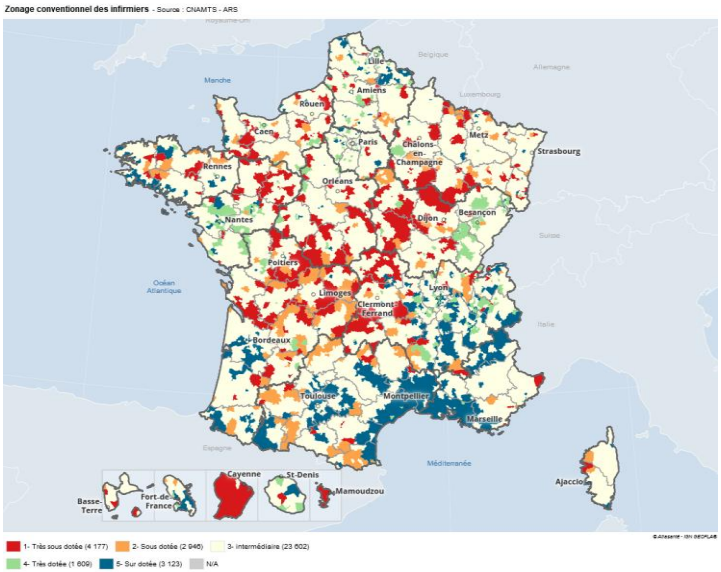


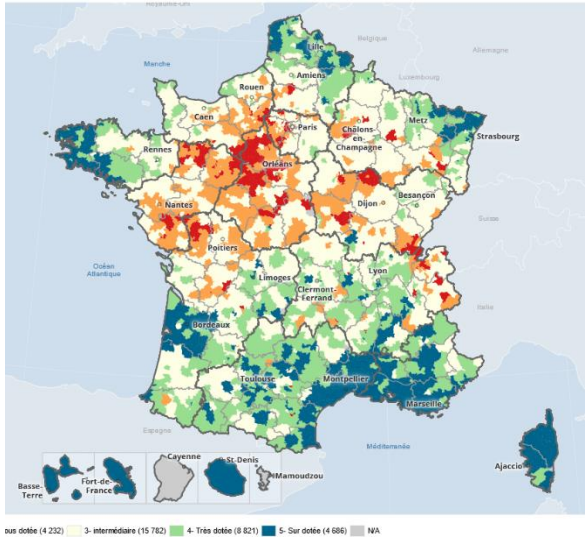


Note : Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.
Sources : Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

Le zonage infirmier

Duchaine, F., Chevillard, G., Mousquès, J., 2022. L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France. Revue d'Économie Régionale & Urbaine.

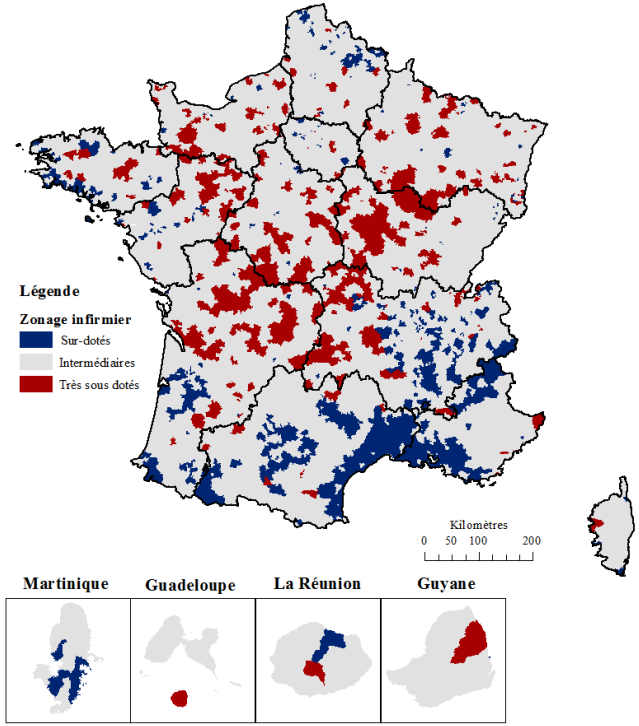




Le zonage infirmier : un outil efficace pour réduire les inégalités territoriales (Duchaine et al., 2022)

- Contexte : inégalités territoriales <u>mais</u> croissance des effectifs d'infirmières libérales
- Depuis 2012 application d'un zonage conventionnel infirmier
- Principe :

- limiter les installations dans les zones sur-dotées (une installation pour un départ)
- Inciter à s'installer dans les zones très sous-dotées (aides financières)



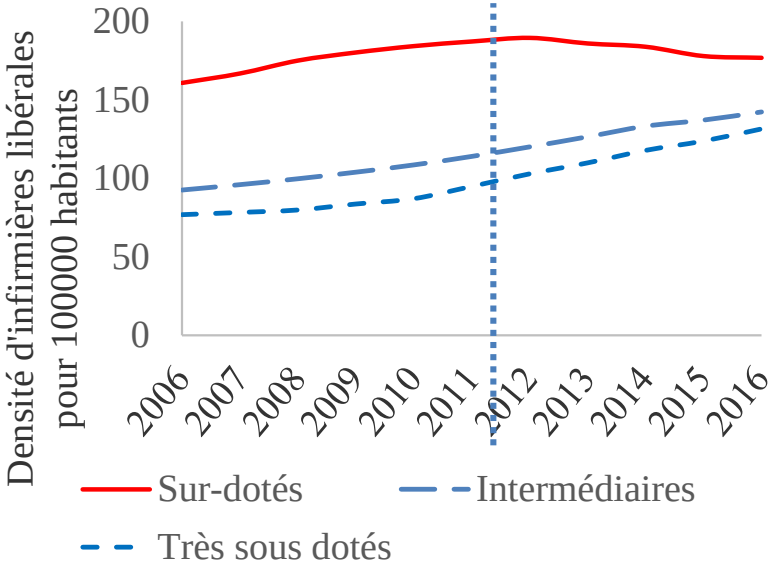
Le zonage infirmier : un outil efficace pour réduire les inégalités territoriales (Duchaine et al., 2022)

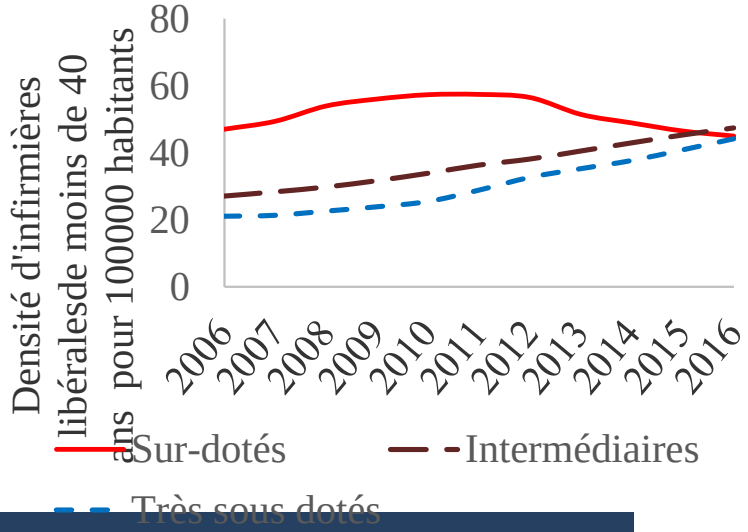
- Les effets du zonage (2006-2016)

⇒ Un impact fort dans les zones sur dotées sur l'évolution de la densité globale et celle des jeunes infirmières

⇒ Un impact à nuancer dans les zones sous-dotées où l'évolution est positive mais pas beaucoup plus que dans les zones intermédiaires

⇒ Somme toute, une réduction des inégalités territoriales +++





Des réponses locales aux « déserts médicaux »

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE INSOLITE

Dans ce département, on forme les futurs médecins... dès le lycée

Par P.M. le 15-11-2021

La communauté de communes de Cauvaldor (Lot) expérimente une filière santé dès l'enseignement secondaire. L'idée : lever les obstacles à la formation médicale des jeunes issus de la ruralité, et remédier, à terme, à la désertification médicale du territoire.

Des réponses locales aux « déserts médicaux »

Une multitude d'initiatives locales (Jedat et al., 2022) mais peu évaluées

Les intercommunalités (Article L.6323-1-3 CSP, (Article L.1511-8 CGCT)

⇒ Aides à l'installation, maisons de santé, centres de santé, téléconsultation, recrutement de médecins diplômés à l'étranger, aides au logement des internes…

⇒ Parfois en concurrence

Des initiatives de départements

- Saône et Loire : Salariat des MG
- Aveyron : politique d'accueil des internes MG, rempla, jeunes MG
- Lot-et-Garonne : charte de non concurrence entre communes pour attirer des MG
- Maison des internes (Nièvre…)

Focus - l'Aveyron, des interventions qui s'additionnent

- Depuis 2015, le CD Aveyron déploie le dispositif accueil médecin Aveyron à destination des internes MG, des remplaçants, des jeunes installés
- Interventions du CD
  - ⇒*Site internet dédié, guichet central*
  - ⇒*Aides au logement, au transport*
  - ⇒*Week end découverte du territoire (nature, gastronomie, culture)*
- Interventions des médecins/faculté
  - ⇒*Augmentation du nombre de maitre de stage universitaire*
- Interventions des communes et intercommunalités
  - ⇒*maisons de santé, pôles de santé, aides à l'installation, locaux*
- Existence de mesures nationales qui profitent localement
  - ⇒*ZRR, zones sous-dotées en médecin généraliste …*
- Pas d'évaluation globale de ces interventions
- Des interventions groupées et des synergies entre acteurs

Messages clés : demain pour améliorer l'accessibilité aux soins ?

- Pas de réponse unique ou miraculeuse
- Evaluer ce qui a été déployé (national & local)
- Continuer de déployer des réponses de

- **court terme** (réorganisation des services …),
- **moyen terme** (exposition durant les études aux zones sous-dotées, maitres de stage …)
- **et long terme** (Recruter des profils géographiques variés d'étudiants

- Grouper les interventions et adapter aux contextes locaux

Merci de votre attention

chevillard@irdes.fr

Merci pour votre attention