



QUANTIFIER ET QUALIFIER L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS DANS LES TERRITOIRES

ARS PACA - DPRS

17 mars 2022

QUANTIFIER ET QUALIFIER

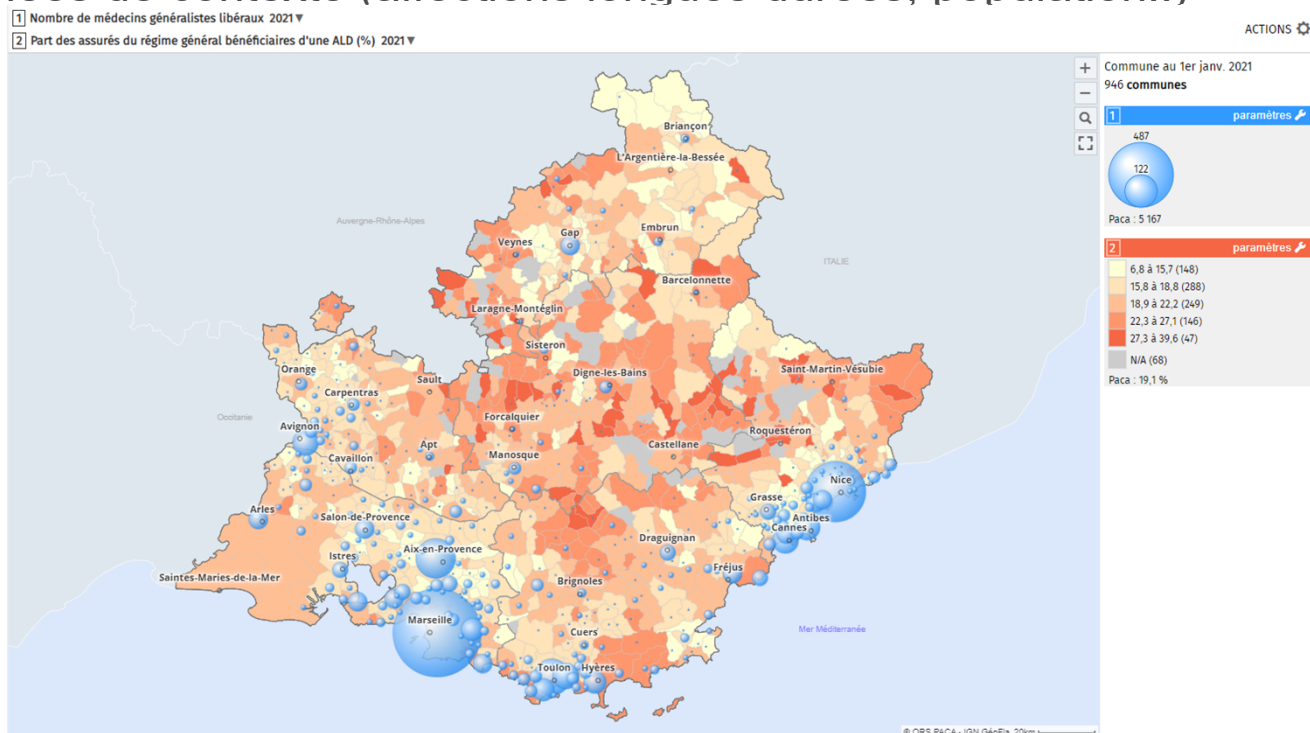
- **Sujet très présent dans l'actualité → les « déserts médicaux », les « difficultés d'accès aux soins »**
- **Derrière l'offre de soins dans les territoires, plusieurs dimensions déterminantes :**
 - **La disponibilité des soins :** rapport entre l'offre et la demande, rapport entre le volume et de le type de services de soins disponibles et le volume de patientèle et ses besoins
 - **L'accessibilité :**
 - Géographique : proximité entre la localisation des services et les patients
 - Financière : reste à charge...
 - **L'organisation des services :** horaires d'ouverture, file d'attente, prise en charge des soins non programmés, coordination entre acteurs...

QUANTIFIER – QUELLES DONNÉES ?

- **De très nombreuses données dans le champ de la santé sur l'offre et la consommation de soins.**
- Les bases médico-administratives de l'assurance maladie (SNDS) avec au cœur de notre sujet à un niveau géographique fin (communes/arrondissement pour les grandes villes) :
 - Des relevés d'activité et de prescriptions des professionnels de santé (SNIR)
 - Des dénombrements des professionnels de santé (RPPS..)
 - Des données de consommations de soins (DCIR)
- Les bases FINESS et SAE pour les établissements de santé et médico-sociaux + MSP et centres de santé

QUI ALIMENTENT DES OUTILS DE CARTOGRAPHIE

- Par exemple **SirséPACA** pour la région ou son extension nationale **CartoSanté** qui est ouvert au public et propose
 - des cartes interactives avec des chiffres détaillés sur la consommation et l'offre de soins sur plusieurs professions médicales et paramédicales en libéral
 - des données de contexte (affections longues durées, population..)



COMMENT QUALIFIER ?

- Ces données et ces outils offrent une première lecture de l'offre de soins de premier recours sur les territoires en croisant au niveau des communes la multitude de données disponibles :

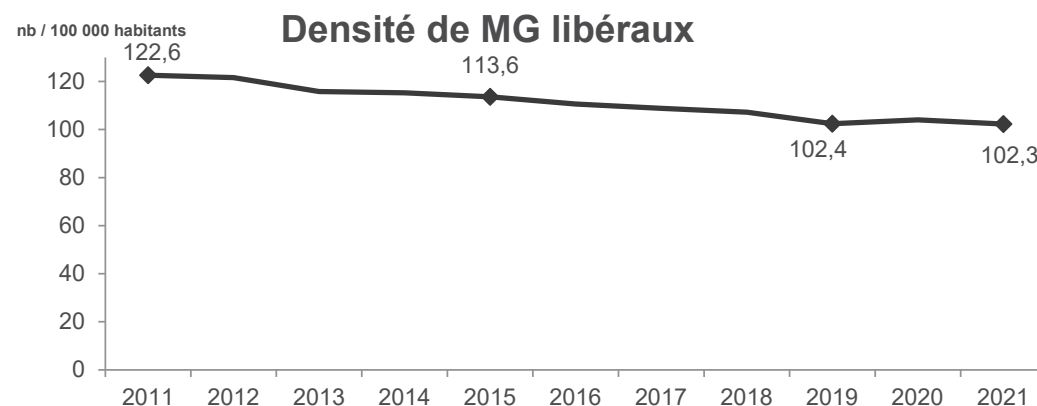
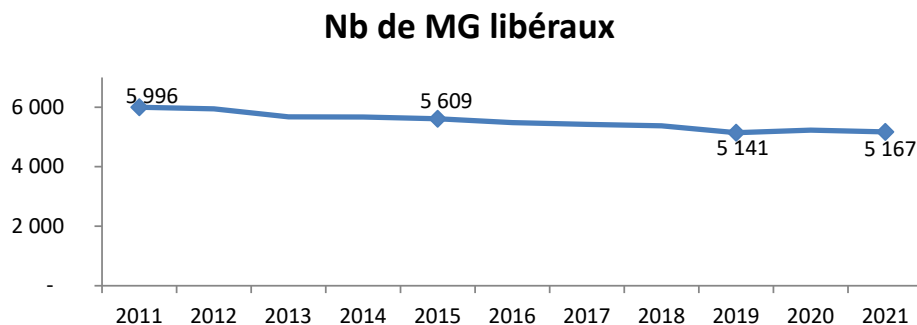


- Le nombre de PS libéraux / les densités démographiques
- Le nombre d'actes / consultations moyens par praticien
- En fonction de l'état de santé de la population mesuré par exemple par la structure d'âge de la population et/ou la part des patients en affection longue durée
- En fonction d'indicateurs socio-économiques corrélés à l'état de santé : par exemple les revenus médians, les CSP, le taux de chômage, le bénéfice de la complémentaire santé solidaire...
- Pour mesurer l'accessibilité géographique, on peut également regarder la distance au professionnel de santé le plus proche (*via* metric de l'INSEE)

Comment aller plus loin?

QUALIFIER UN TERRITOIRE

- Quel territoire regarder ?
- Les territoires administratifs infrarégionaux sont rarement la bonne maille d'analyse mais tout dépend de l'objectif recherché. Dans le cas de l'ARS, tout dépend de la politique que l'on cherche à mener. La question devient alors : quel territoire pour quelle politique ?
- **Exemple de la politique de zonage** pour agir sur les problématiques d'accès aux soins sur certains territoires qui sont notamment caractérisés par une offre de médecine insuffisante du fait de la diminution du nombre de MG, de leur départ à la retraite ou encore des problématiques de temps d'accès et de file d'attente.



LE ZONAGE

- Pour lutter contre la diminution de l'offre médicale et renforcer l'accès aux soins, chaque directeur général d'ARS prend un arrêté régional qui détermine **les zones sous-denses** pour la profession de médecin. Pour cela, l'ARS s'appuie sur une méthodologie définie par arrêté ministériel.
- Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories :
 - **les ZIP (zones d'intervention prioritaire), les plus fragiles**
 - **les ZAC (zones d'action complémentaire), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.**
- Une palette de mesures (tableau ci-dessous) existe pour renforcer la présence médicale dans les zones sous-denses : parmi elles, les aides financières de l'assurance maladie, le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de début d'exercice (CDE) ainsi que les aides accordées par les collectivités territoriales.

Les zones d'intervention prioritaire ZIP	Les zones d'intervention complémentaire ZAC
- aides conventionnelles (CAIM, COSCOM, COTRAM, CSTM), - l'exonération de la fiscalité sur la PDSA,	
	- aides du Pacte Accès aux soins financées sur le FIR : Contrat début d'exercice - aides des collectivités territoriales (bourses, indemnité logement etc.), - les fonds de compensation TVA, - aides à l'investissement préfecture/collectivités locales - aides du codes de l'éducation : CESP

LE ZONAGE

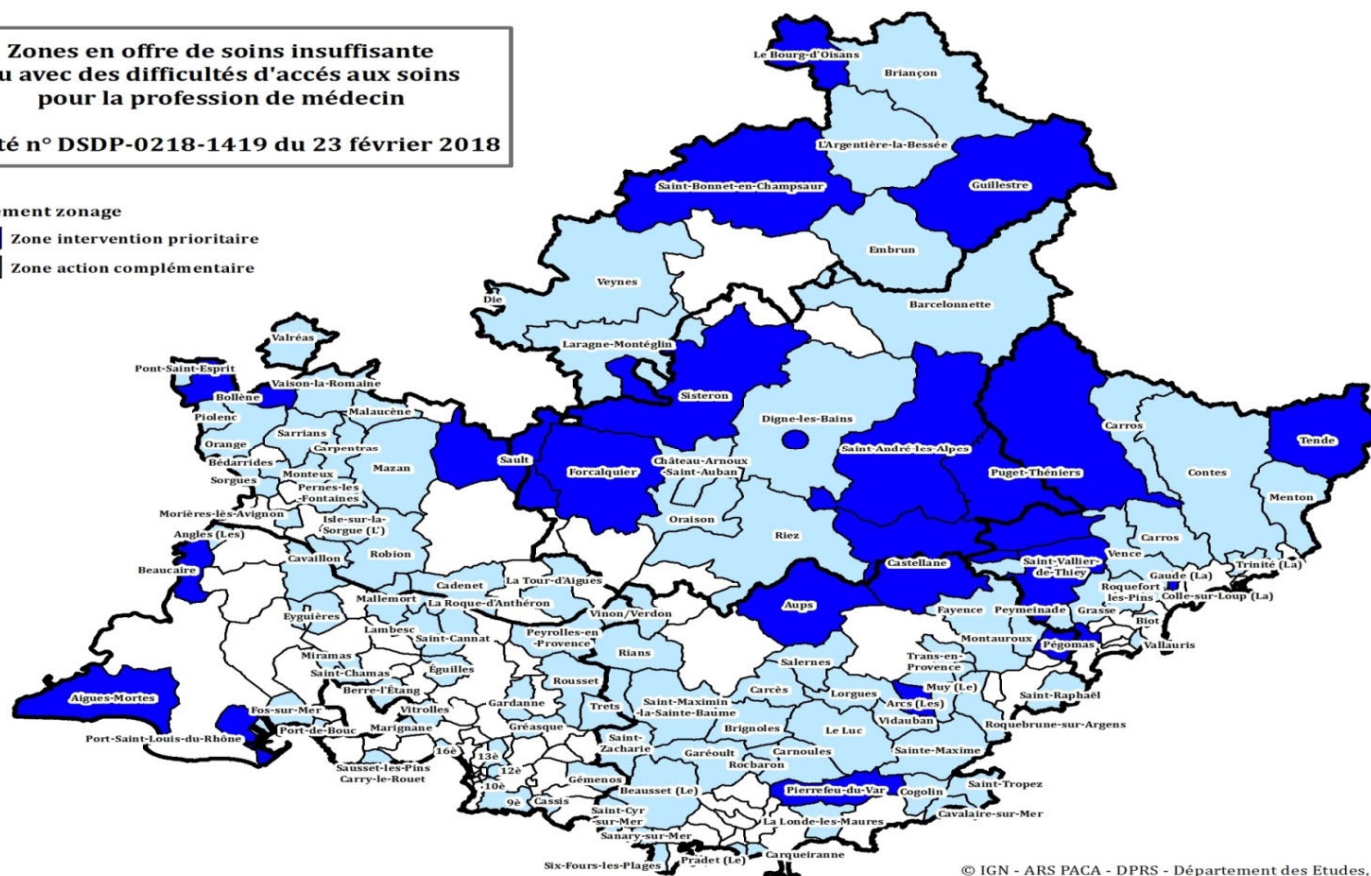
Zonage applicable entre 2018 et 2022

**Zones en offre de soins insuffisante
ou avec des difficultés d'accès aux soins
pour la profession de médecin**

Arrêté n° DSDP-0218-1419 du 23 février 2018

Classement zonage

- Zone intervention prioritaire
- Zone action complémentaire



LE ZONAGE – COMMENT DÉTERMINER LA FRAGILITÉ D'UN TERRITOIRE

- Une méthodologie de détermination des zones d'actions est définie dans les grandes lignes par arrêté mais a été adaptée à la région par l'ARS.

Maille géographique

- Le maille d'action géographique retenue est le **territoire vie santé** (TVS) avec la possibilité d'isoler les quartiers prioritaires de la ville (QPV).

Quel(s) indicateurs?

- Le principal indicateur retenu est l'APL MG pour accessibilité potentielle localisée appliquée aux médecins généralistes.

L'APL répond à la question : combien de consultations en moyenne par an et par habitant sur un territoire donné.

On fait l'hypothèse qu'il reflète les difficultés d'accès aux soins MG sur le territoire :
Sous 2,5 consultations moyenne par an et par habitant, on considère qu'il y a un problème d'accès aux soins.

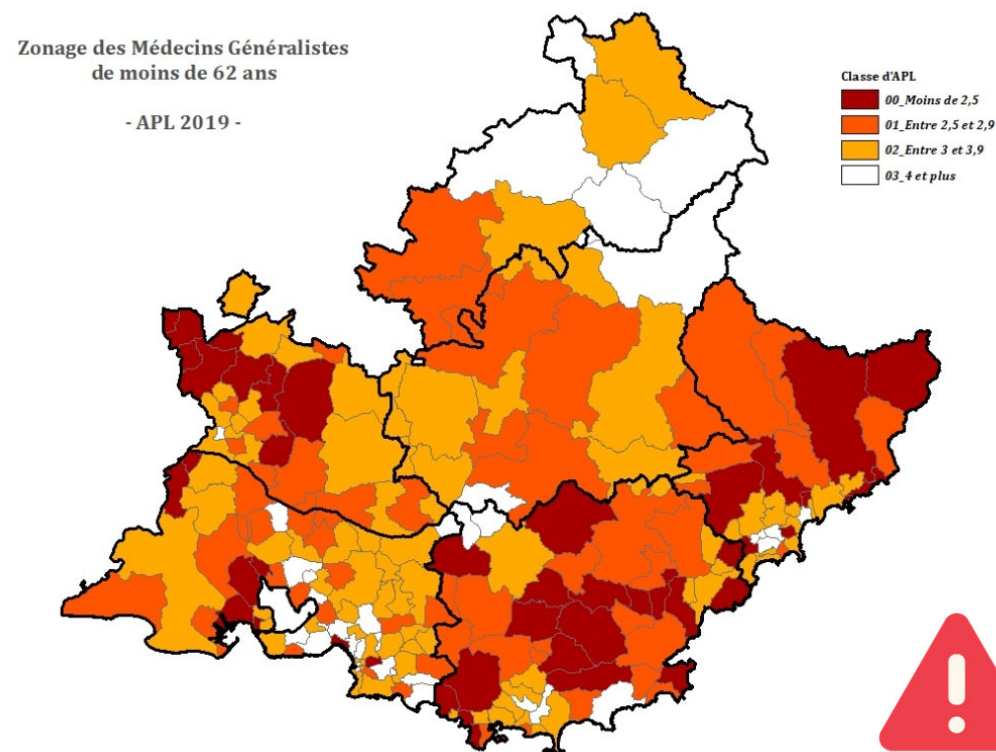
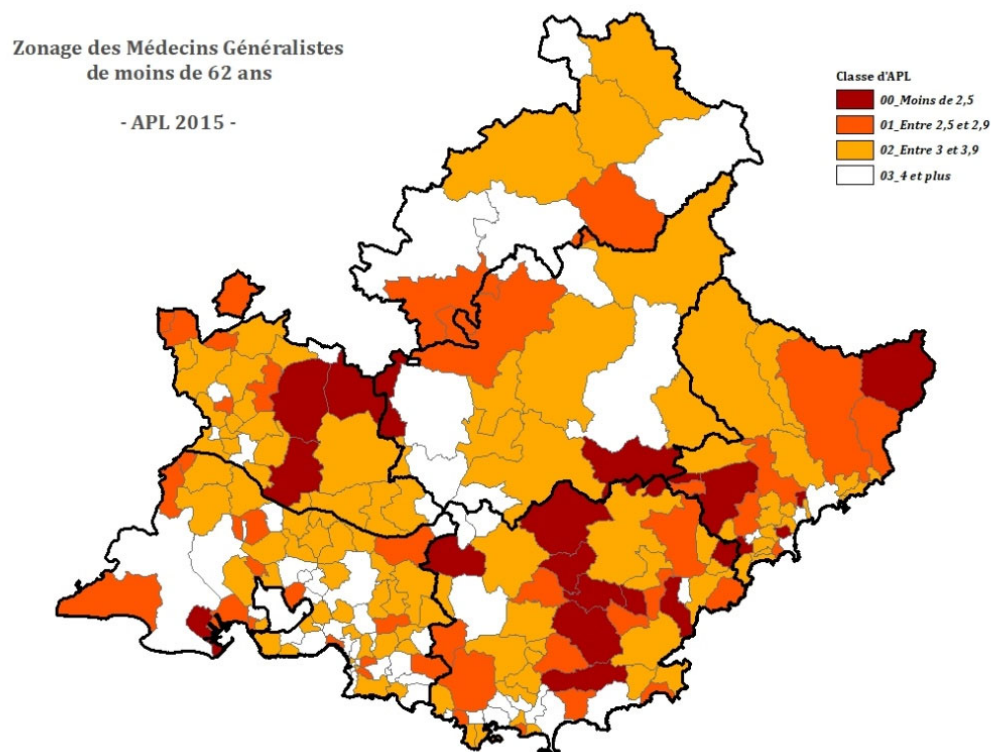
Entre 2,5 et 4 consultations par an et par habitant, la zone est à risque

Définitions



LE ZONAGE

- Premier niveau d'analyse avec les APL sur le maillage TVS ou communes : une détérioration marquée de l'indicateur composite APL entre 2015 et 2019 → sous 2,5 consultations par an et par habitant (marron foncé), l'accessibilité est très faible

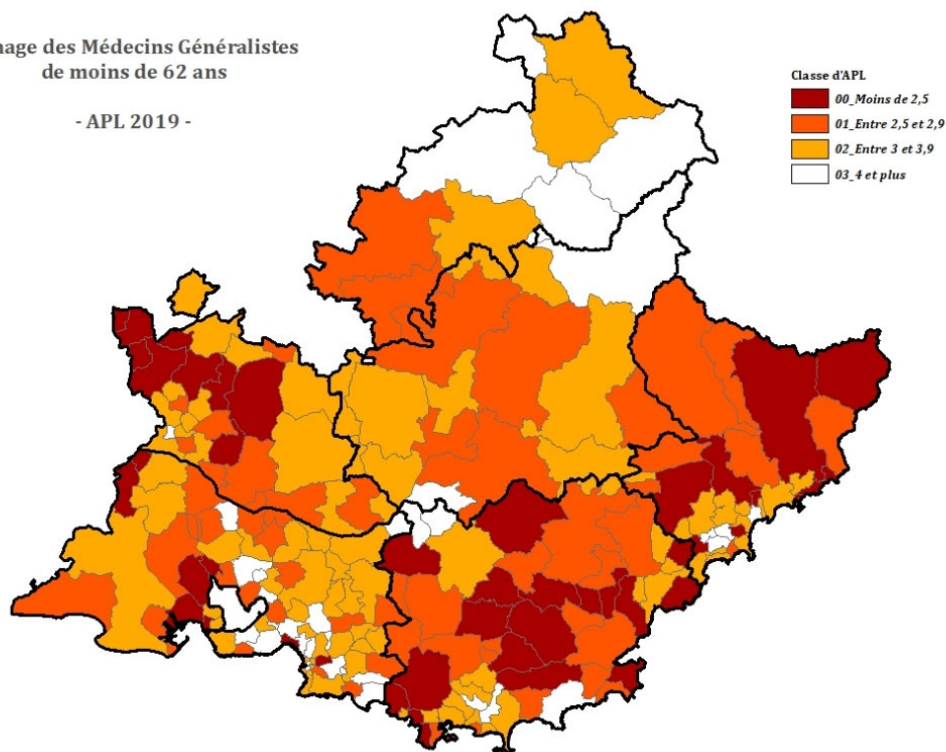


LE ZONAGE

- Premier niveau d'analyse avec les APL sur le maillage TVS ou communes : une détérioration plus marquée encore en regardant l'APL MG des médecins de moins de 60 ans dans une vision prospective en anticipant les flux sortants

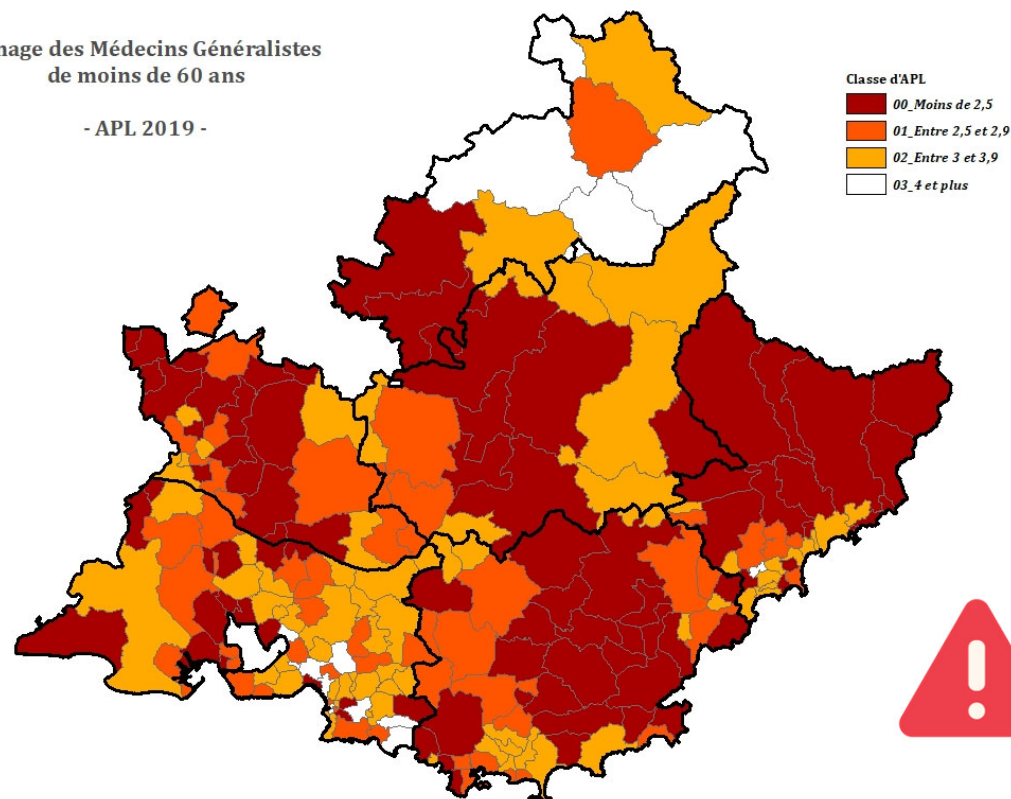
Zonage des Médecins Généralistes
de moins de 62 ans

- APL 2019 -



Zonage des Médecins Généralistes
de moins de 60 ans

- APL 2019 -



LE ZONAGE

- Dans une démarche pragmatique, le zonage ne peut se limiter à la sélection de seuil d'APL.

- Cela nécessite de compléter la lecture par l'APL :
 - d'autres indicateurs susceptibles de modifier le risque identifié *via* l'APL
 - d'une approche plus qualitative intégrant la connaissance et les remontées du terrain.

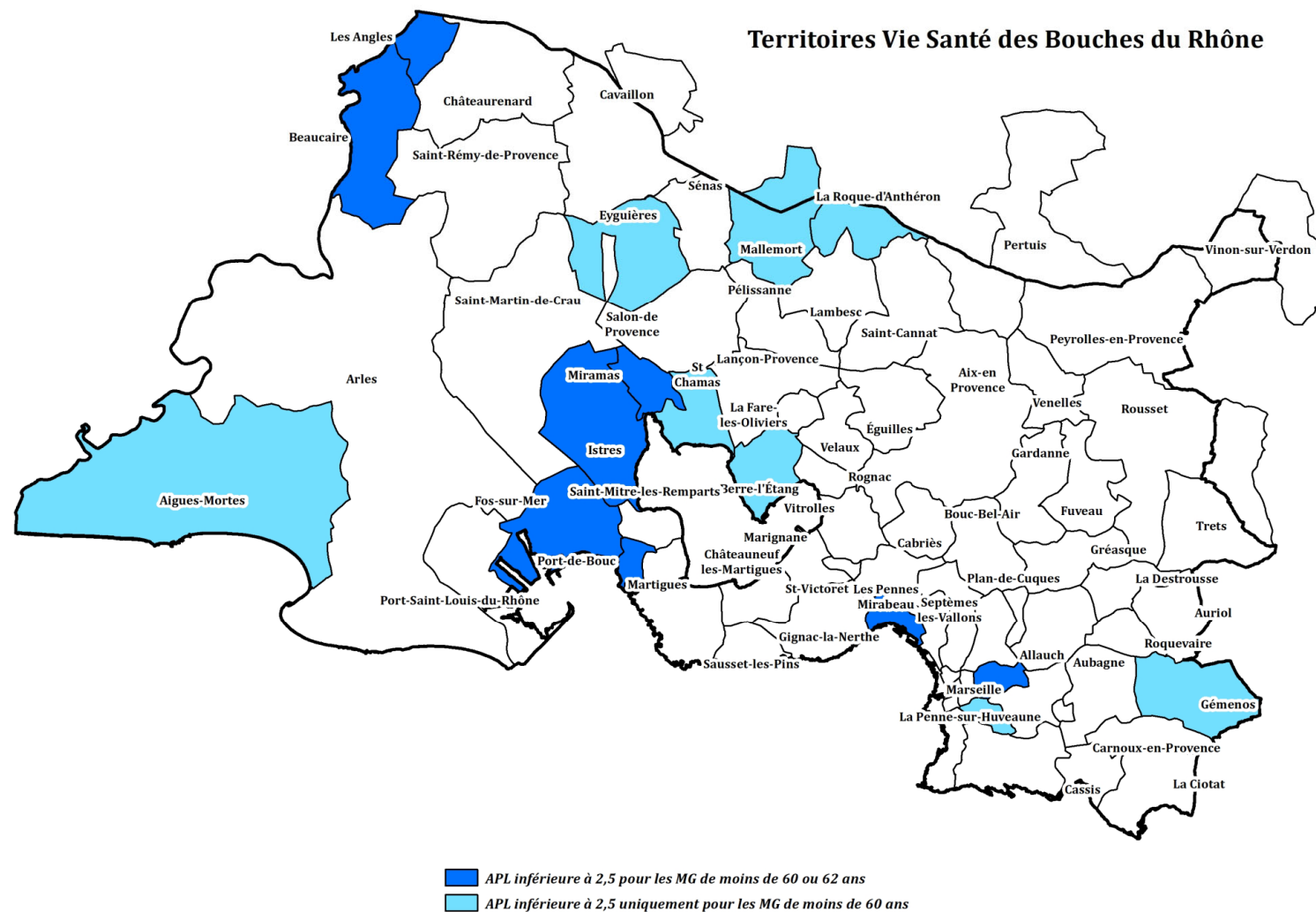
- **Des critères de majoration du risque**

- Risque lié à une faible densité de MG sur le Territoire vie santé
- Risque lié à une part importante de MG âgés 60 ans et +
- Risque lié à une forte proportion de personnes âgées de 80 ans et plus
- Risque lié à une précarité socio-économique (calculé sur un indicateur de défavorisation)
- D'autres indicateurs susceptibles de majorer le risque identifié *via* l'APL

- **Des critères de minoration du risque**

- Présence d'un établissement de santé dans le TVS
- Autre critère : prise en compte de la saisonnalité (tourisme par exemple...)

APL

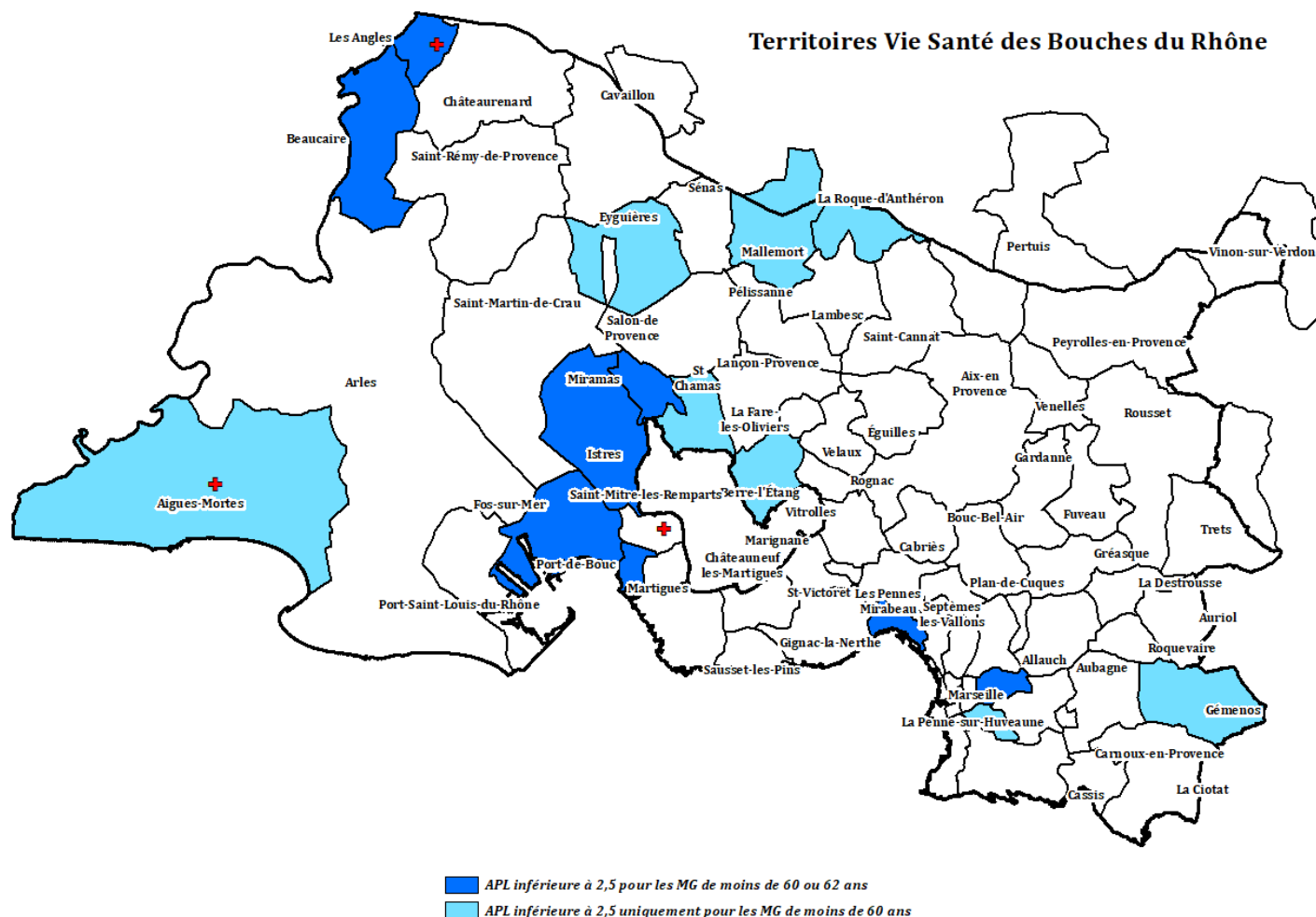


ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

APL



Moins de 5 MG



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

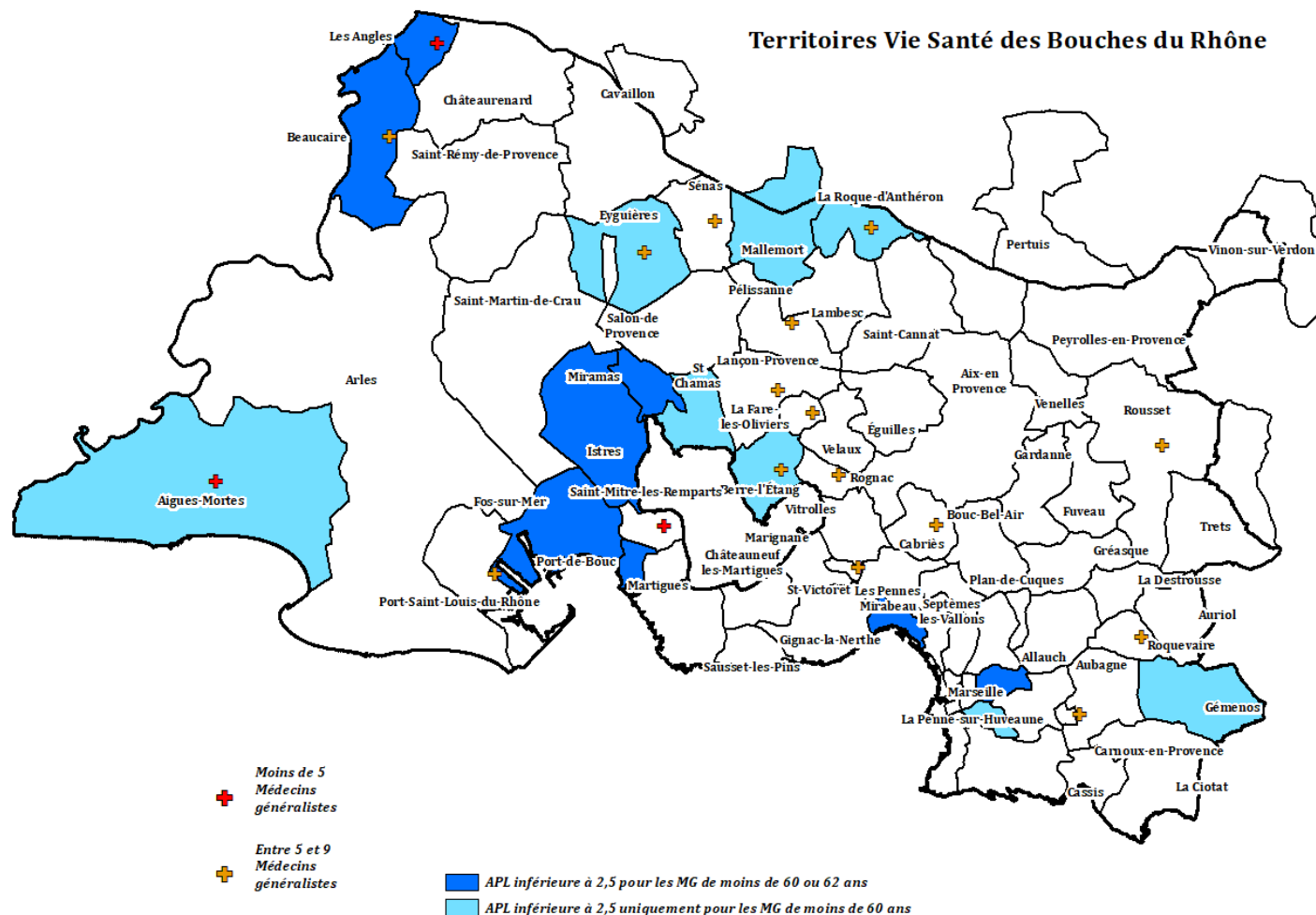
APL



Moins de 5 MG



Moins de 9 MG



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

APL



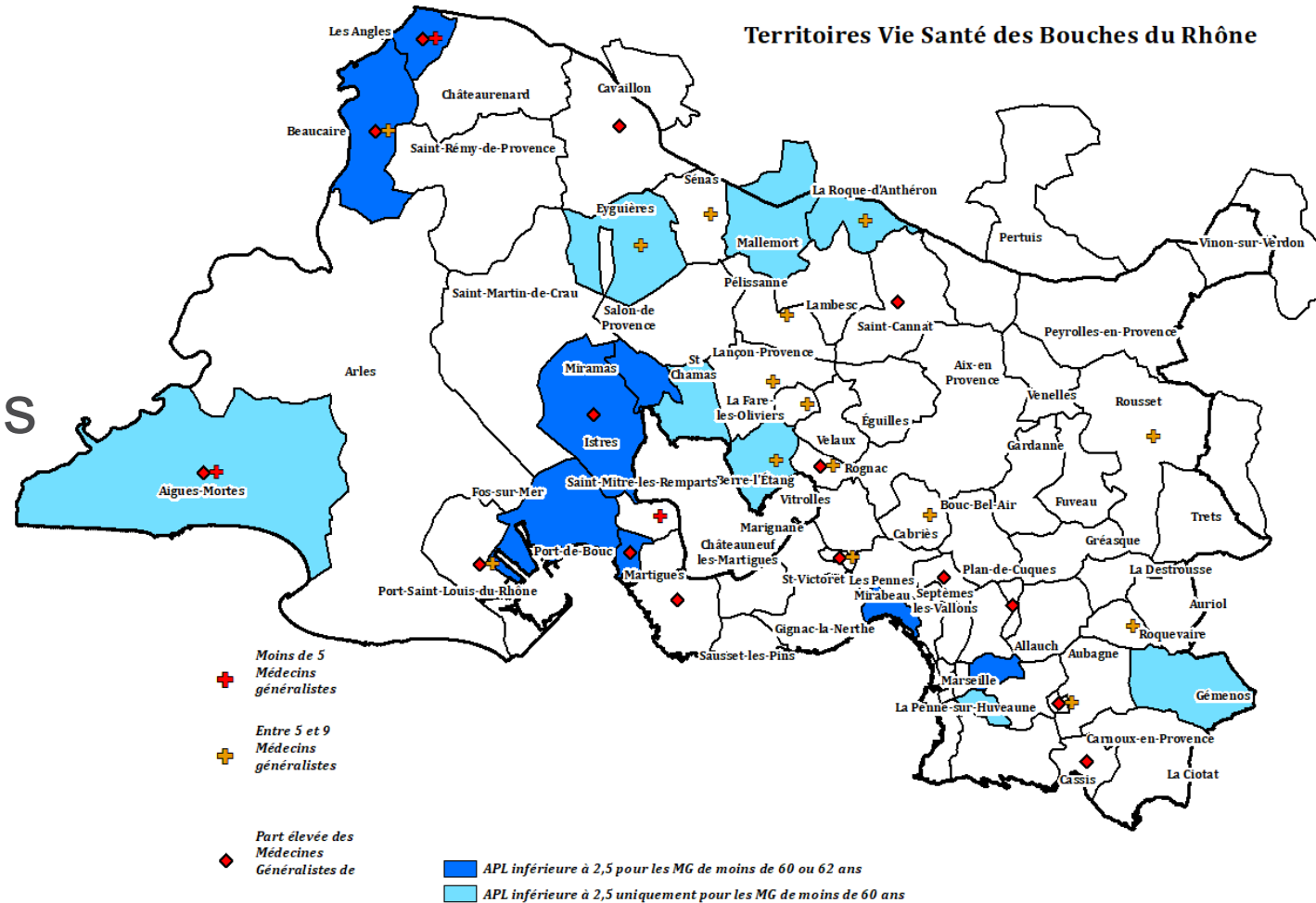
Moins de 5 MG



Moins de 9 MG



Part des MG âgés



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

APL



Moins de 5 MG



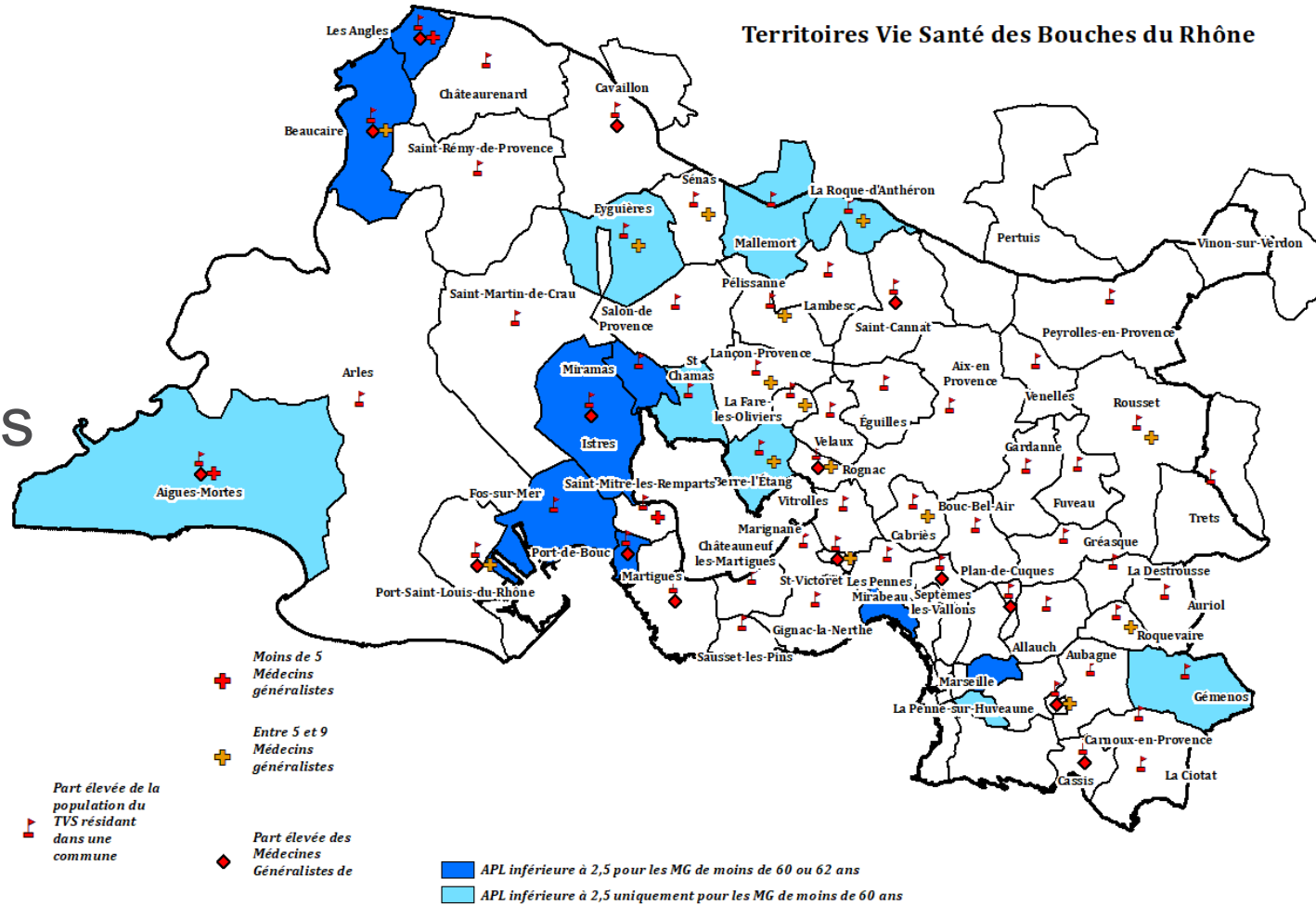
Moins de 9 MG



Part des MG âgés



Défavorisation



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

APL



Moins de 5 MG



Moins de 9 MG



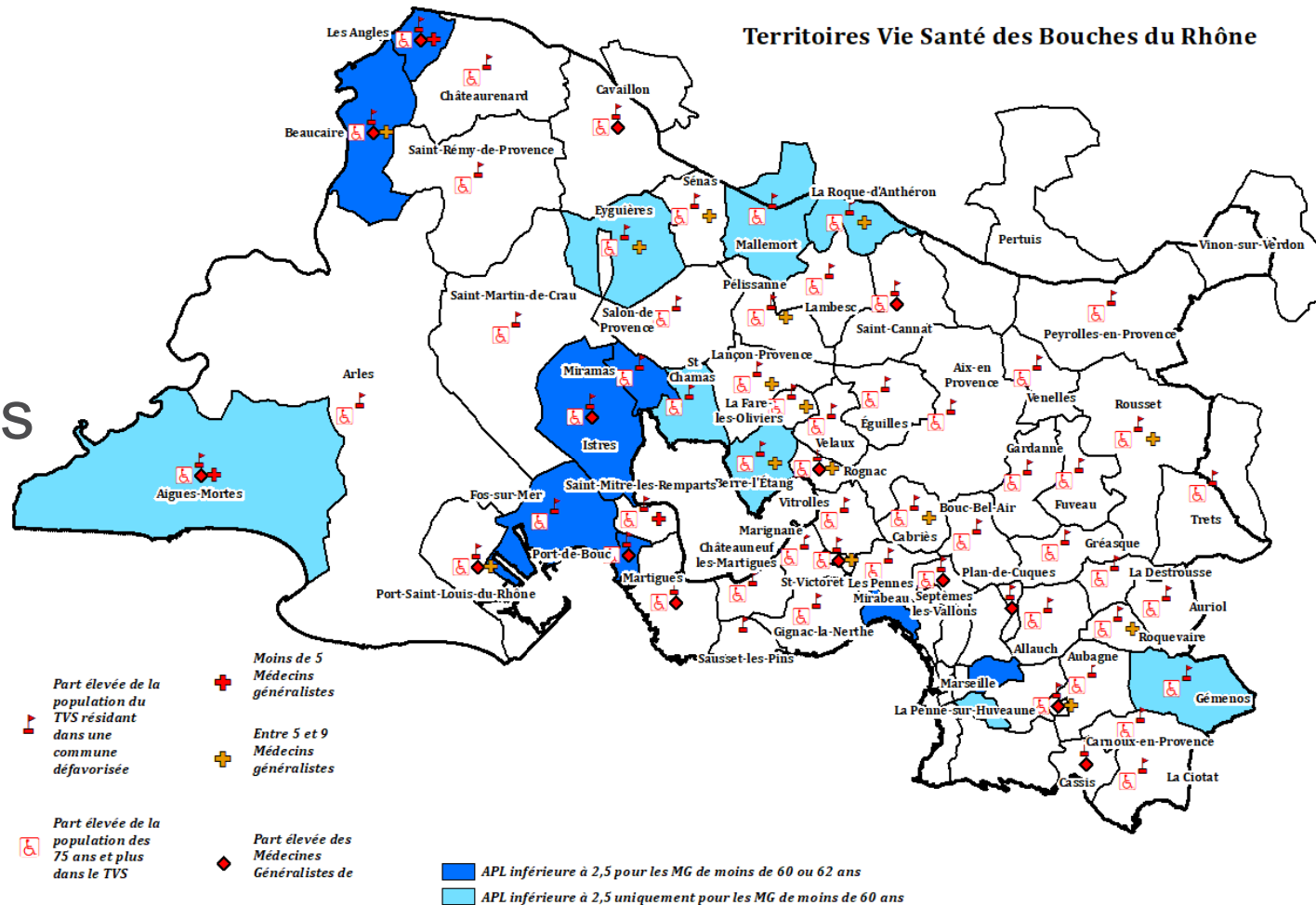
Part des MG âgés



Défavorisation



Part des seniors



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

APL



Moins de 5 MG



Moins de 9 MG



Part des MG âgés



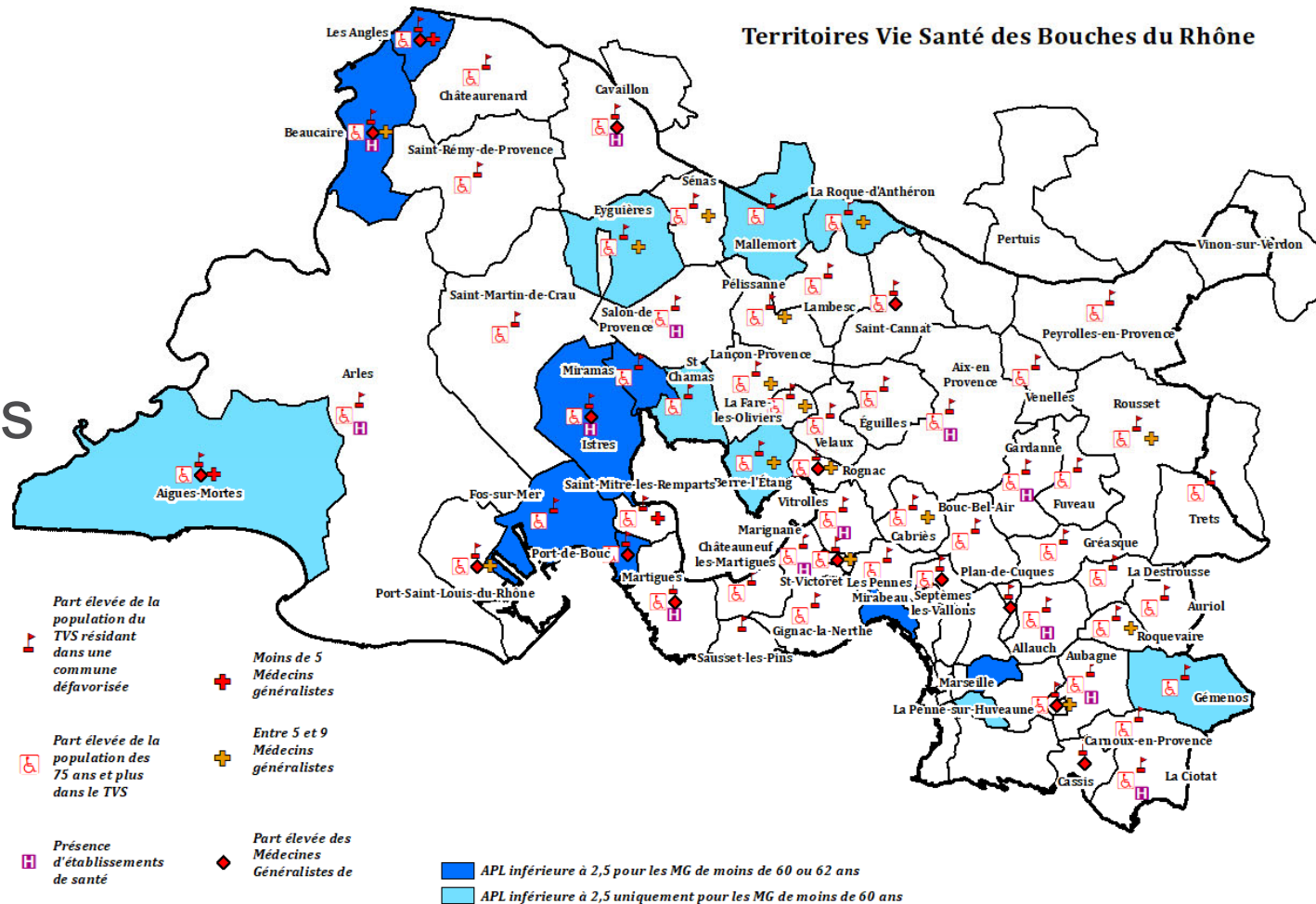
Défavorisation



Part des seniors

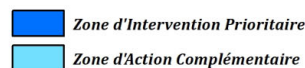


MCO



ZOOM ZONAGE BOUCHES DU RHÔNE

Zonage adopté



Un ou plusieurs QPV en ZIP



Un ou plusieurs QPV en ZAC

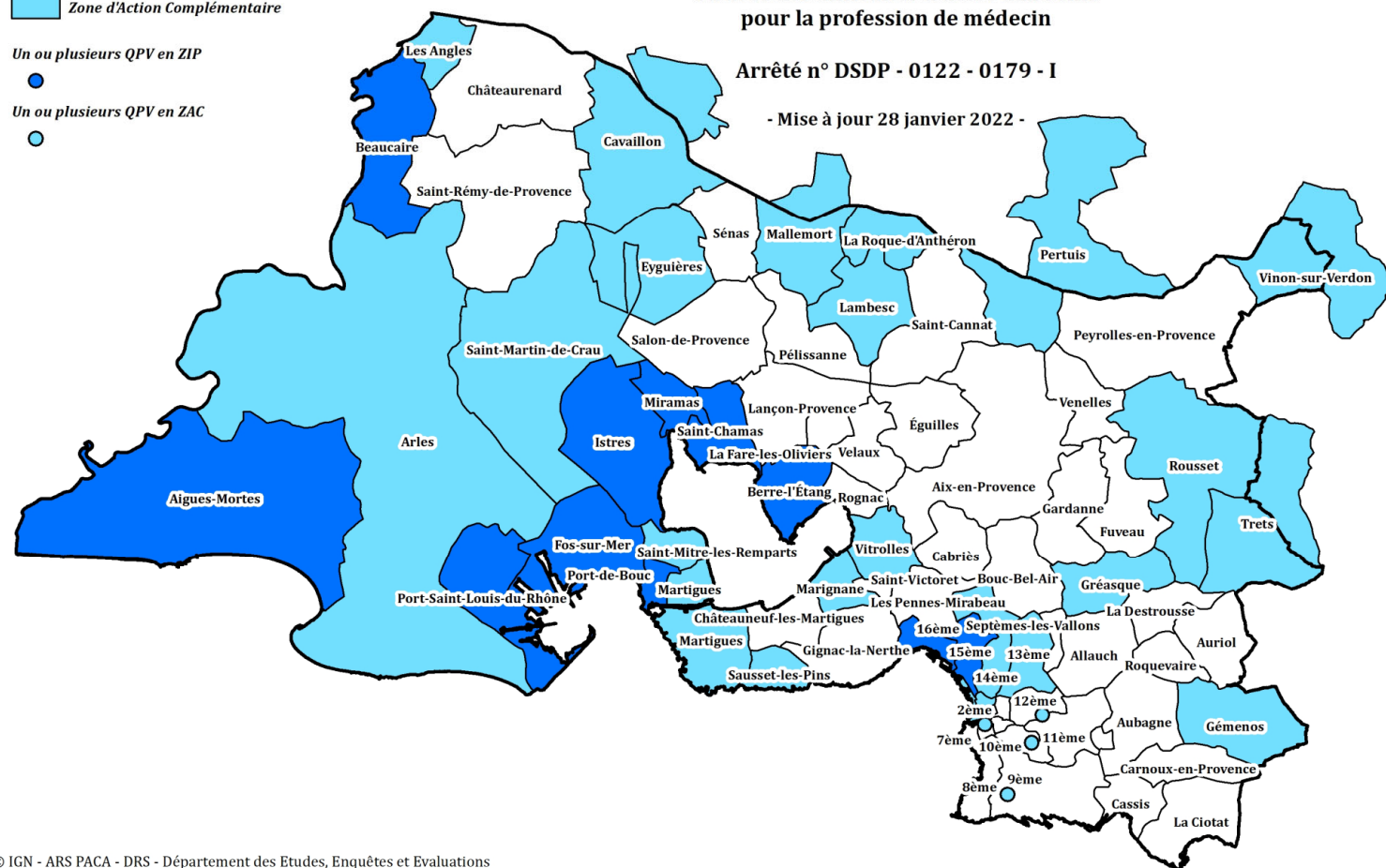


Département des Bouches du Rhône

Zones en offre de soins insuffisante
ou avec des difficultés d'accès aux soins
pour la profession de médecin

Arrêté n° DSDP - 0122 - 0179 - I

- Mise à jour 28 janvier 2022 -



LE ZONAGE EN RÉGION

Zones en offre de soins insuffisante
ou avec des difficultés d'accès aux soins
pour la profession de médecin

Arrêté n° 2021-19-0284

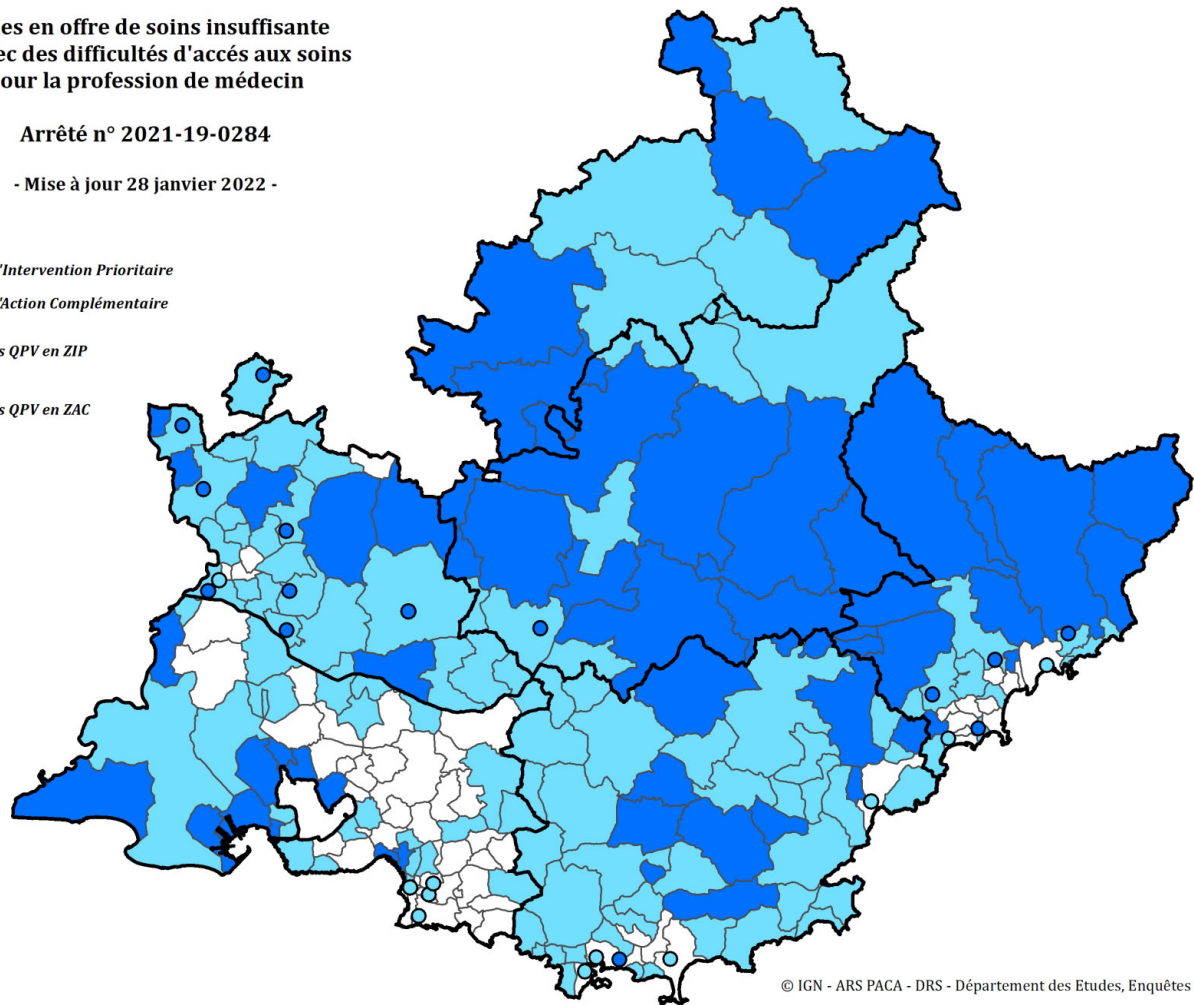
- Mise à jour 28 janvier 2022 -

 Zone d'Intervention Prioritaire
 Zone d'Action Complémentaire

Un ou plusieurs QPV en ZIP



Un ou plusieurs QPV en ZAC



APL ET TVS - DÉFINITIONS

- Une méthodologie de détermination des zones d'actions est définie dans les grandes lignes par arrêté mais a été adaptée à la région par l'ARS.

Territoire vie santé

- Le découpage en territoire vie santé est construit selon la logique des bassins de vie de l'INSEE en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Il regroupe en général une ou plusieurs communes et reflète normalement l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

L'APL MG

- Il s'agit d'un indicateur local répartition des professionnels de santé.
- Calculé au niveau de la commune
- Mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours
- Il peut être décliné en fonction de l'âge du médecin

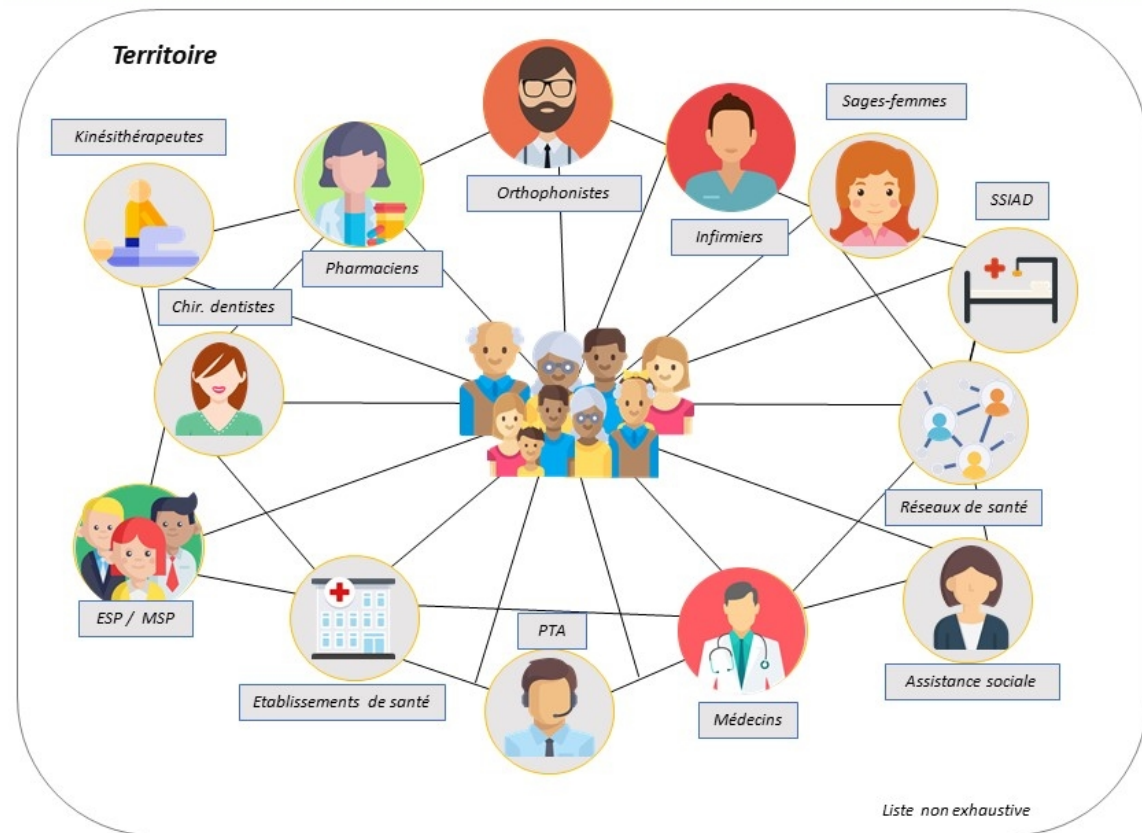


AUTRE EXEMPLE : LA CONSTITUTION DES CPTS

- Pour une autre politique, celle de la mise en place des CPTS, une autre vision du territoire est nécessaire : présentation qui suit de l'ORS sur la méthodologie appliquée à la problématique du découpage du territoire en CPTS

Contexte sur la démarche

- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :
 - Prévues par la loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016 + Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) du 20/06/2019
 - Objet : réunion de professionnels de santé de premier et de second recours, acteurs médico-sociaux ou sociaux
 - Objectif : faciliter la coordination des soins au bénéfice des patients



Source : <https://www.urpsmlgrandest.fr/cpts/CPTS.html>

Contexte sur la démarche

- Les acteurs proposent leur projet de CPTS à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
 - Formalisation d'un projet de santé
 - Notamment précision de son **territoire d'action**
- L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur doit veiller à la cohérence et la cohésion de l'ensemble des territoires d'action des projets de CPTS
 - Besoin d'une **méthodologie d'analyse et de maillage du territoire** permettant de disposer de données objectivées et d'éléments de dialogue avec les porteurs de projet de CPTS
 - L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sollicité pour proposer une méthodologie

Méthodologie proposée par l'ORS Paca

- L'ORS a proposé à l'ARS d'adapter la méthodologie utilisée en région Centre-Val de Loire, et de réaliser le maillage territorial en s'appuyant sur :
 - **Les flux de patients liés aux soins de 1er recours** : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes
 - **Les flux de patients liés au recours à 10 spécialités médicales** : dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), radiodiagnostic, cardiologie, rhumatologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie/neuropsychiatrie

Méthodologie proposée par l'ORS Paca

Soins de premier recours		Recours aux spécialistes	
■ Dénombrement de tous les remboursements de visites ou consultations réalisées en 2018 • par commune de résidence des patients et commune d'exercice des professionnels de santé libéraux concernés* * : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes.	■ Identification du pôle vers lequel les patients d'une commune s'orientent le plus pour ce soin de premier recours	■ Dénombrement de tous les remboursements de visites ou consultations réalisées entre 2016 et 2018 • par commune de résidence des patients et commune d'exercice des spécialistes libéraux concernés* * : dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, radiodiagnostic, cardiologie, rhumatologie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie/neuropsychiatrie	■ Identification du pôle vers lequel les patients d'une commune s'orientent le plus pour cette spécialité médicale

Méthodologie proposée par l'ORS Paca

Définition des **pôles d'attractivité principaux** (soins de premier recours et spécialistes)

Dénombrement des
pôles communs à plusieurs soins
de premier recours / à plusieurs
spécialités médicales

Pôle d'attractivité
principal
=
celui rassemblant
le plus de recours

Pôles associés à un dégradé
de couleur selon le nombre de soins
de premier recours / spécialités
médicales pour lesquels
les patients d'une commune
s'orientent effectivement
vers ce pôle

Les outils ou bases de données mobilisés

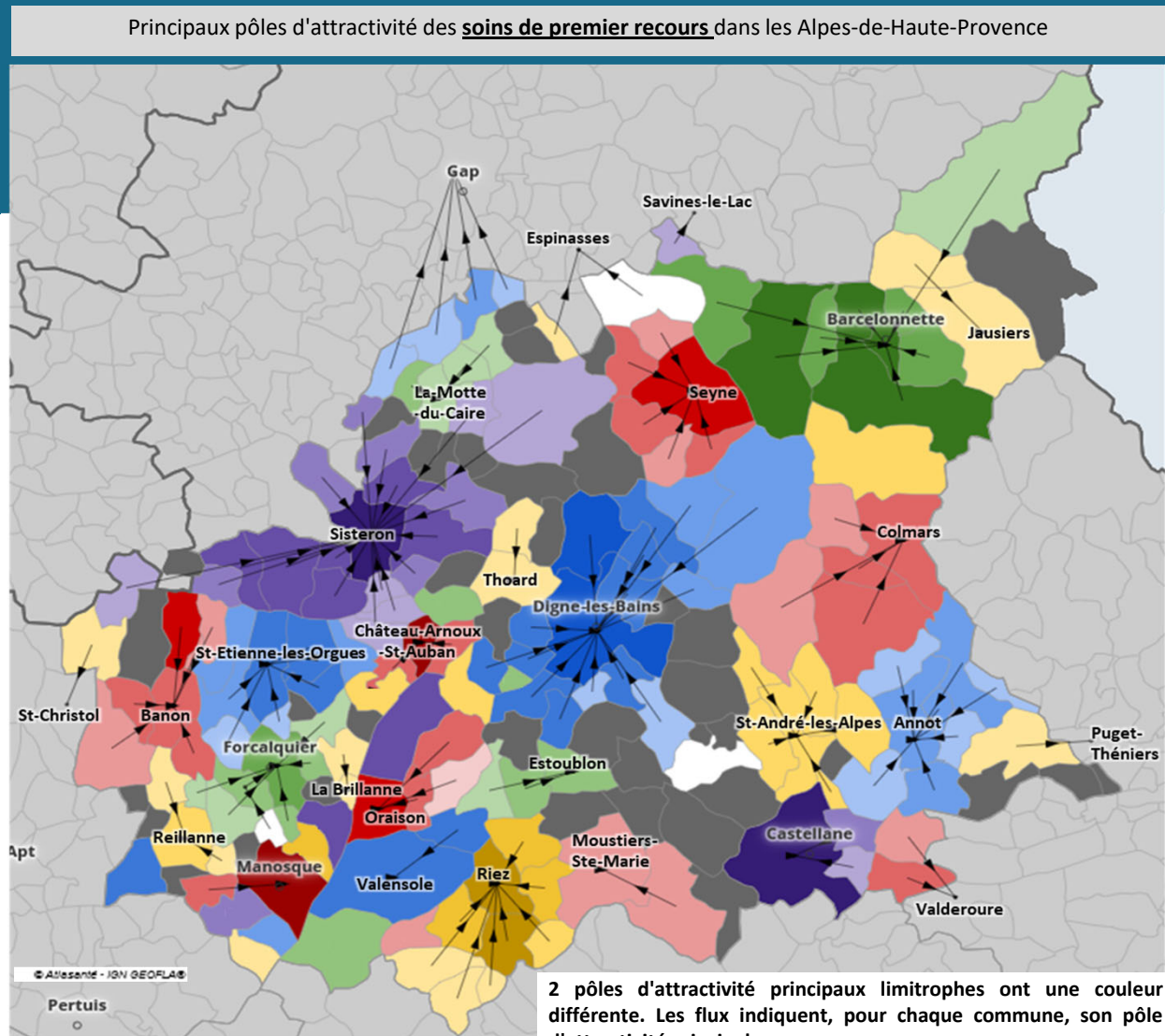
- **CartoSanté** : pour les soins de premiers recours
- Données du **Système National des Données de Santé (SNDS)** : pour le recours aux spécialistes libéraux
- **AtlaSanté** :
 - Pour les cartes recensant les **établissements sanitaires et les SSIAD** (Services de Soins Infirmiers À Domicile)
 - Pouvoir croiser / superposer le recours aux soins de ville avec l'offre hospitalière et les services de soins à domicile, dans une logique de parcours de soins.
 - Pour les cartes représentant les **reliefs géographiques** des départements
 - La topographie de certains territoires peut faciliter ou au contraire empêcher des déplacements vers les professionnels de santé et les établissements de soins.

Guide de lecture des cartes

- Deux pôles limitrophes ont une couleur différente
- Dans chaque pôle d'attractivité principal, un dégradé de couleur selon le nombre de recours pointant vers ce pôle
 - Pleine couleur : flux majoritaires reliant la commune de résidence des patients au pôle d'attractivité principal reliés pour au moins 90% d'entre eux (5 soins de premier recours sur 5 ; 9 à 10 spécialités sur 10)
 - Premier dégradé : concerne 70 à 80% des flux (4/5 ; 7-8/10)
 - Deuxième dégradé : concerne 50 à 60% des flux (3/5 ; 5-6/10)
 - Troisième dégradé : concerne 30 à 40% des flux (2/5 ; 3-4/10)
 - Quatrième dégradé (spécialistes uniquement) : concerne 20% des flux (2/10)
- Communes en blanc : pas de pôle identifié comme plus attractif que les autres
- Communes en gris : info sur les pôles d'attractivité non disponible pour un nombre majoritaire de soins de premier recours/de spécialités médicales

Résultats dans les Alpes-de-Haute-Provence

- 45 pôles d'attractivité principaux, dont Digne-les-Bains qui regroupe 16 communes, Sisteron (19 communes), Barcelonnette (9 communes) et Riez (9 communes)

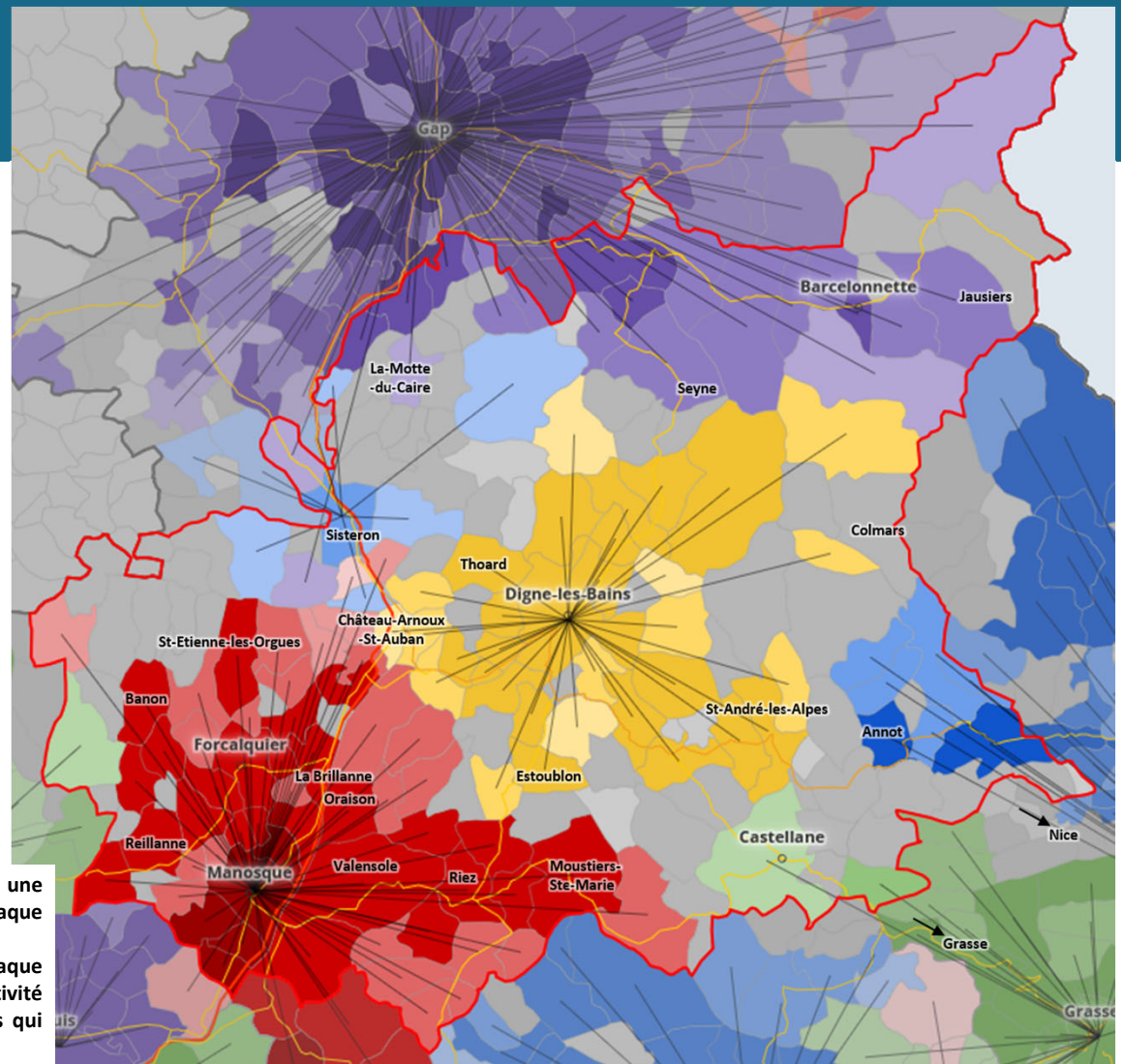


Résultats dans les Alpes-de-Haute-Provence

- 3 pôles d'attractivité principaux :
Manosque (une commune sur trois), Digne (33 communes) et Sisteron (6 communes)
- Découpage peu pertinent pour le maillage territorial des CPTS
- Des flux vers les autres départements alpins (Gap, Nice, Grasse)

2 pôles d'attractivité principaux limitrophes ont une couleur différente. Les flux indiquent, pour chaque commune, son pôle d'attractivité principal. Le gradient de couleurs exprime, pour chaque commune et par rapport à son pôle d'attractivité principal, le nombre de soins de premier recours qui partagent ce pôle d'attractivité.

Principaux pôles d'attractivité des **spécialistes libéraux** dans les Alpes-de-Haute-Provence



Conclusion

L'objectif de cette méthode était d'apporter des éléments de connaissance du recours aux soins sur le territoire à partir d'indicateurs objectifs

Ces éléments sont à rapprocher et à confronter avec le terrain et les pratiques des professionnels de santé sur le territoire

Fort recoupement entre les limites des territoires d'action prévues par les projets de CPTS et les pôles d'attractivité liés aux recours aux soins

Dans les AHP

- Des déplacements pour les soins de 1^{er} recours
- 3 principaux pôles d'attractivité pour les spécialistes libéraux
- Flux de patients vers les autres départements alpins
- Répartition « inégale » des établissements sanitaires et SSIAD

Points à affiner

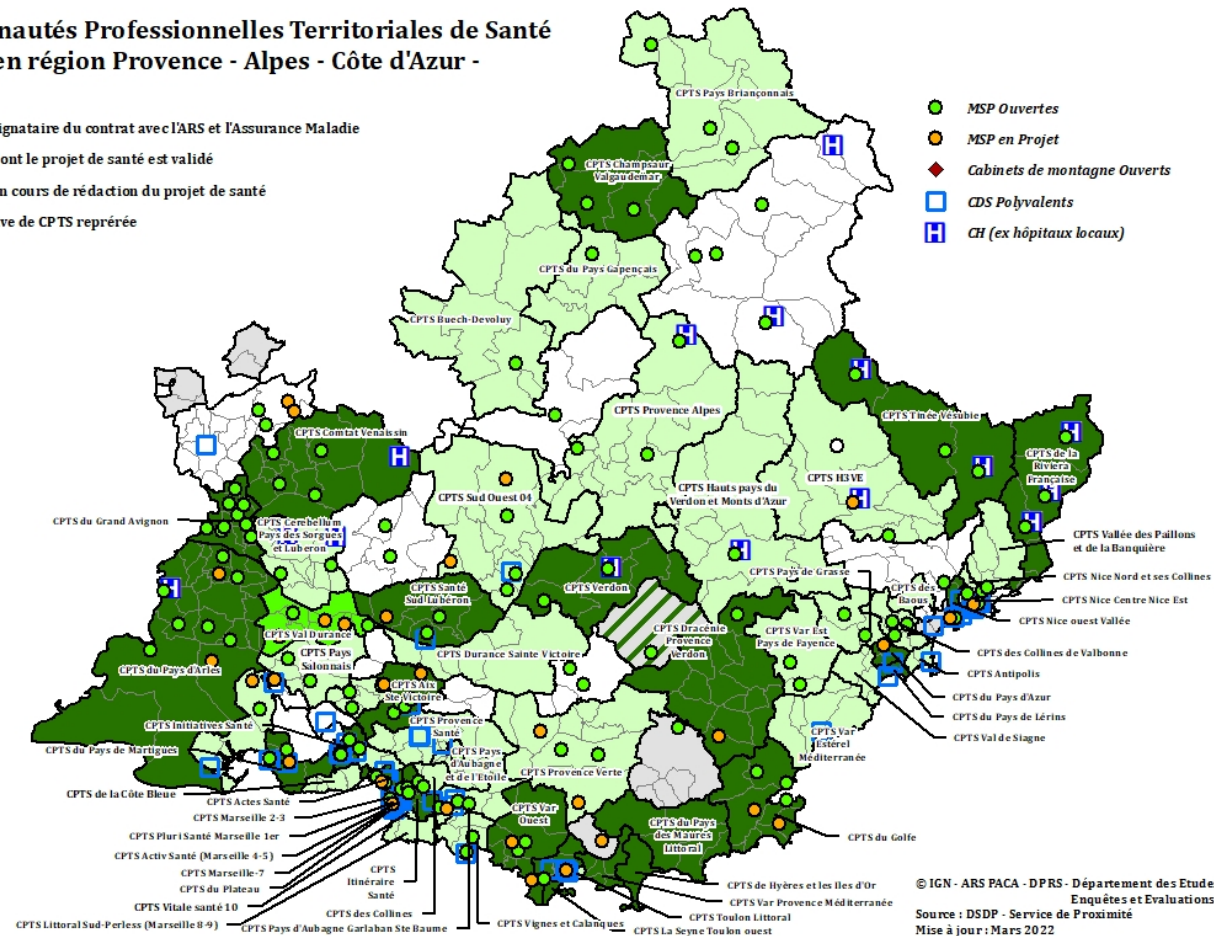
- Rattachement des communes « frontalières » entre départements

Carte actuel des CPTS

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - en région Provence - Alpes - Côte d'Azur -

- CPTS signataire du contrat avec l'ARS et l'Assurance Maladie
- CPTS dont le projet de santé est validé
- CPTS en cours de rédaction du projet de santé
- Initiative de CPTS reprise

- MSP Ouvertes
- MSP en Projet
- Cabinets de montagne Ouverts
- CDS Polyvalents
- CH (ex hôpitaux locaux)



Pour plus d'informations

Contacts :

berengere.davin@inserm.fr

lisa.fressard@inserm.fr



**SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL EN SANTÉ
DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**

SIRSéPACA permet d'avoir accès à des informations sur l'état de santé de la population régionale et certains déterminants à l'échelle de différentes zones géographiques et de réaliser des portraits de territoire.

sirsepaca.org

Atlas du Vieillissement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Des données sur les seniors

Visualisez vos indicateurs au travers de cartes et de graphiques

Des portraits de territoire

Editez un document synthétique sur votre territoire d'étude et choisissez votre territoire de comparaisons

www.atlasduvieillissement.org