

Evaluation de l'impact des dispositifs législatifs et territoriaux sur la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins et aux services de santé en région Occitanie

AUTEURS

Christel Castelli^a, Guillaume Monziols^b, **Cécile Le Gal Fontes^b** (presenter), Géraldine Leguelinel-Blache^{c,d}

AFFILIATION

^a Département de recherche clinique, AESIO SANTE clinique beau soleil, 119 avenue de Lodève, 34070 Montpellier, France (christel.castelli@umontpellier.fr)

^b Département de droit et économie de la santé, LICEM, Université de Montpellier, place E Bataillon, 34000 Montpellier, France (guillaume.monziols@umontpellier.fr; cecile.le-gal-fontes@umontpellier.fr)

^dDépartement de médecine générale, Université de Montpellier, Montpellier, France (geraldine.leguelinel@umontpellier.fr)

^e Département de pharmacie clinique, CHU Nimes, Univ Montpellier, Place du Pr R Debré, 30029 Nimes Cedex 9, France

RESUME

Notre système de santé français est dit performant mais encore inéquitable notamment en termes d'égalité territoriale d'accès aux soins médicaux. Cette situation se traduit notamment par la multiplication de zones en état de désertification médicale (caractérisée par une démographie insuffisante en professionnels et infrastructures de santé). Plus de deux millions de français sont actuellement touchés par la désertification médicale et les inégalités de santé entre les territoires ne cessent d'augmenter.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'impact des dispositifs législatifs et réglementaires engagés en France dans la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins à l'échelle de l'Occitanie en comparant le recours aux soins dans deux zones d'Occitanie. Une zone composée des villes sous-denses et une zone composée des villes denses selon la cartographie définie par l'ARS Occitanie ont été définies selon le seuil APL de 2,5 consultations/an/habitant. Cette étude a été réalisée sur la période 2015 à 2019, période correspondant à 3 périodes chronologiques: avant déploiement des dispositifs, lors de leur mise en place progressive, et après rodage). L'hypothèse de ce travail est que le recours aux soins est inférieur dans les zones sous denses par rapport aux zones denses, traduisant un accès aux soins plus complexe et que la mise en place de différentes mesures permettrait de réduire ces écarts.

Les résultats de cette étude montrent que le recours aux soins en Occitanie dans les deux zones d'intérêt n'est pas différent statistiquement quelle que soit la nature de la prestation de soins et l'année étudiée. Même si l'étude présente quelques limites, l'accès aux soins dans cette région et sur la période étudiée ne semble pas avoir d'impact sur le recours. Néanmoins, cela est en contradiction avec le vécu des professionnels de santé, il serait donc utile de reproduire cette étude sur une autre période et zone géographique.

RESUME EN ESPAGNOL

Se dice que nuestro sistema sanitario francés es eficiente, pero sigue siendo inequitativo, sobre todo en lo que respecta a la igualdad territorial de acceso a la atención médica. Esta situación se refleja, en particular, en la multiplicación de las zonas en estado de desertificación médica (caracterizada por la falta de demografía de los profesionales de la salud y de las infraestructuras). Más de dos millones de franceses se ven afectados actualmente por la desertificación médica y las desigualdades sanitarias entre los territorios aumentan constantemente.

El objetivo de este estudio es estudiar el impacto de las medidas legislativas y reglamentarias adoptadas en Francia para reducir las desigualdades territoriales en el acceso a la atención a nivel de Occitania, comparando el uso de la atención en dos áreas de Occitania. Un área compuesta por ciudades subpobladas y un área compuesta por ciudades densas de acuerdo con la cartografía definida por el ARS Occitanie se han definido de acuerdo con el umbral APL de 2,5 consultas/año/habitante. Este estudio se llevó a cabo durante el período de 2015 a 2019, un período correspondiente a 3 períodos cronológicos: antes del despliegue de los esquemas, durante su implementación gradual y después del rodaje. La hipótesis de este trabajo es que el uso de los cuidados es menor en las zonas subpobladas en comparación con las densamente pobladas, lo que refleja un acceso más complejo a los cuidados y que la implementación de diferentes medidas reduciría estas brechas.

Los resultados de este estudio muestran que el uso de la atención en Occitania en las dos áreas de interés no es estadísticamente diferente, independientemente de la naturaleza de la atención prestada y del año estudiado. A pesar de que el estudio tiene algunas limitaciones, el acceso a la atención en esta región y durante el período estudiado no parece tener un impacto en el uso. Sin embargo, esto está en contradicción con la experiencia de los profesionales de la salud, por lo que sería útil reproducir este estudio en otro período y área geográfica.

MOT CLES

Equité ; Accès aux soins ; Indicateur APL, zones sous-denses et bien dotées ; Recours aux soins.

I. INTRODUCTION

L'Etat définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun, constitutionnellement garanti. Celle-ci doit notamment tendre à réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux actes de prévention et aux soins, ainsi une multitude de mesures ont vu le jour afin de tenter d'améliorer l'accès au soin.

L'incitation à la coopération interprofessionnelle a été un des premiers moyens de lutte contre ces inégalités. Dans ce sens, en 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé les centres de santé¹ ainsi que les réseaux de santé². Il s'en est suivi en 2008 la création par la loi de financement de la sécurité sociale³ des maisons de santé pluriprofessionnelles.

En 2009⁴ d'autres actions ont été engagées par les pouvoirs publics en offrant la possibilité de conclure des contrats d'engagement de service public pour les étudiants et les internes en médecine⁵ ou encore d'expérimenter la télémédecine. Elle est définie comme une pratique médicale à distance permettant de lutter contre les déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique mais aussi dues à la spécialisation de la médecine.

Egalement, impulsée par la loi HPST de 2009, la territorialisation de la politique de santé est devenue une nouvelle priorité. Elle s'apprécie par la création des agences régionales de santé et l'établissement d'un projet

¹ Structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

² Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

³ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵ Ce dispositif destiné à l'origine aux étudiants de médecine, a été étendu en 2012 aux étudiants en odontologie. En contrepartie de l'allocation mensuelle qui leur est versée au cours de leurs études, les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

régional de santé. Ce dernier permet de tenir compte des spécificités régionales pour lutter avec plus d'efficacité contre ces inégalités.

L'objectif de tenir compte des besoins des territoires a conduit à deux pactes ministériels territoires santé de 2012-2015 et 2015-2017 qui ont pu aboutir notamment à la création des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale. Ces contrats avaient vocation à inciter les médecins, en particulier les jeunes diplômés, d'aller exercer dans les régions qui en ont le plus besoin, en leur garantissant un revenu minimum. Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire puis le contrat de praticien territorial médical de remplacement ont renforcé ce dispositif tout en assurant son financement⁶.

En 2016, la loi de modernisation du système de santé a encadré la politique de santé par la mise en place d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement. Cette dernière détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Désormais, le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'impact de l'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires engagés en France dans la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, à l'échelle régionale de l'Occitanie. Cet impact est mesuré au travers du taux de recours aux soins avant/après mise en place des dispositifs puisqu'il n'est pas possible d'identifier l'efficacité propre de chaque dispositif, les mécanismes d'action et de causalité étant hétérogènes complexes et probablement corrélés entre eux. L'objectif est donc d'étudier et comparer le taux de recours aux soins dans deux zones d'intérêts : une zone dont la densité démographique médicale est dite acceptable et une zone à faible densité médicale. Ce critère de consommation de soins est directement corrélé à l'accès aux soins

II. METHODOLOGIE⁷

a. Type d'étude

L'étude proposée est une pilote réalisée en région Occitanie préalable à une étude de plus grande envergure. Une étude observationnelle de la cinétique de la consommation de soins est proposée. Cette analyse porte sur la période 2015 - 2019 afin de capter la période avant mise en place des différents dispositifs et la période après mise en place.

La délimitation des zones régionales sous denses a été réalisée à partir d'un indicateur principal dénommé APL pour « accessibilité potentielle localisée à un médecin ». L'indicateur APL est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé⁸ (C/an/hab.). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis par plusieurs ARS pour définir leurs zones fragiles et sa pertinence est désormais reconnue.

⁶ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁷ Les figures et tableaux sont réalisés par les auteurs de cette étude.

⁸ Rapport DREES 2017.

L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux en France est de 4,11 consultations par habitant et par an en 2015. La médiane est très légèrement inférieure (4,07 C/hab/an). Un quart de la population a accès à moins de 3,22 C/hab/an tandis qu'un quart a accès à plus de 4,90 C/hab/an ; le quart des habitants les mieux dotés ont donc une accessibilité 1,5 fois meilleure que le quart des habitants les moins bien dotés.

Dans cette étude, les zones sont caractérisées en fonction de l'indicateur APL des médecins généralistes issu de la cartographie de l'ARS Occitanie⁹. Le seuil APL retenu est de 2,5 consultations/an/hab. En considérant ce seuil, 1120 communes sont considérées sous denses en région Occitanie et l'APL 2016 moyen est de 1,5 (vs 1,99 moyenne nationale des communes sous denses). Ces 1120 communes correspondent à environ 320 000 habitants (recensement INSEE 2016). Par ailleurs, 1120 communes tirées au sort parmi les communes denses ont été appariées sur le nombre d'habitants pour constituer le groupe de comparaison dit « denses » (figure 1).

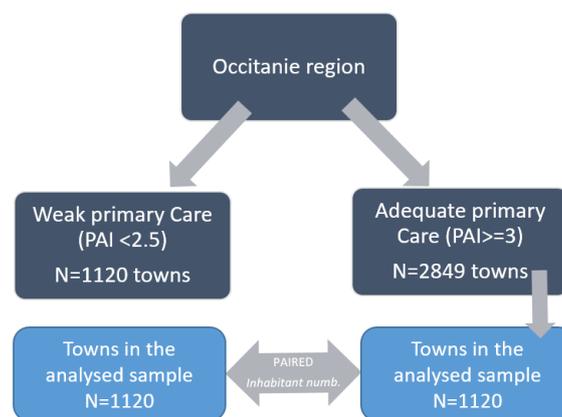


Figure 1

b. Population étudiée

La population d'étude concerne la région Occitanie comprenant 13 départements et près de 6 millions d'habitants (Figure 2). Elle concerne les habitants des zones denses et sous denses composées des communes sélectionnées tel que défini dans la section précédente. Du fait de la période covid, nous avons choisi d'étudier la période 2015-2019, puisque la consommation de soins a été particulièrement atypique en 2020 et 2021.

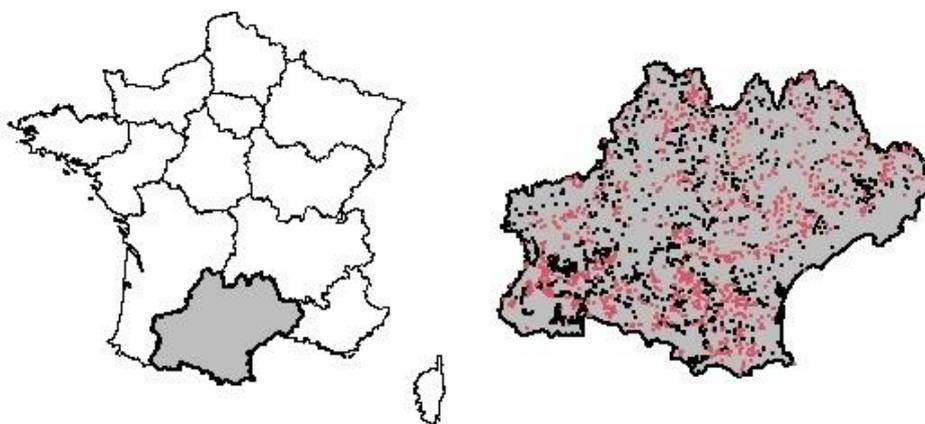


Figure 2 : En rouge les communes denses, en noir les communes sous denses

⁹ cf. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 10 de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

c. Critères de jugement

Les critères de jugements que nous avons retenus pour caractériser la consommation de soins par habitant sont :

- Consommation globale moyenne
- Nombre de consultations, téléconsultations auprès de médecins généralistes et spécialistes
- Nombre de consultations paramédicales
- Nombre de produits de santé dispensés (médicaments et dispositifs médicaux incluant l'optique ainsi que les prothèses dentaires)
- Nombre d'examens médicaux
- Nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences
- Nombre de transports médicaux
- Nombre de patients en affection de longue durée (ALD)
- Nombre d'arrêts de travail
- Nombre de passage en invalidité

Pour chacun de ces critères, le taux d'incidence brute et standardisé de la consommation en santé a été estimé. Il s'agit du rapport du nombre de consommateurs et du nombre de personnes recensées par l'INSEE dans les zones denses et sous-denses respectivement. Ces taux sont présentés pour les hommes et les femmes séparément de manière brute et standardisée sur l'âge et le sexe, puisque l'on suppose que la distribution de ces populations n'est pas identique pour ces 2 paramètres.

III. RESULTATS

L'échantillon est composé de 538 343 consommateurs en 2015 âgés de 44 ans en moyenne dont 71.4% sont affiliés au régime général et 48.8% sont des hommes. Aucune différence notable n'est à relever quant à la comparaison des groupes, si ce n'est une légère supériorité du régime MSA (19.5% vs 17.5%) dans les zones sous-denses (Tableau 1). Il s'agit de la population de patients ayant eu au moins un remboursement en 2015. 52.5% des consommateurs résidaient dans une zone bien dotées vs 47.5% dans une zone sous-denses. Enfin, 7.44% des consommateurs résidant en zone sous-dense adhéraient à la CMU complémentaire vs 6.61% en zone dense. Il n'y a donc pas de différences notables entre les deux zones.

		2015	2016	2017	2018	2019
Taille échantillon n (%)	Total	538 343	542 859	546 622	551 825	569 156
	SD	255 909 (47.5%)	258 252 (47.6%)	259 995 (47.6%)	262 575 (47.6%)	270 680 (47.6%)
Homme (%)	D	48.7%	48.7%	48.7%	48.4%	48.4%
	SD	48.9%	49.1%	49.1%	48.8%	48.8%
Age moyenne (et)	D	43.6 (24.5)	43.7 (24.5)	44.0 (24.5)	44.4 (24.6)	44.9 (24.7)
	SD	44.3 (24.6)	44.5 (24.6)	44.8 (24.6)	45.2 (24.7)	45.4 (24.7)
Régime général (%)	D	72.3%	72.7%	72.9%	74.2%	75.6%
	SD	70.5%	70.8%	71.1%	72.6%	73.8%

CMU-c (%)	D	6.6%	6.6%	6.4%	6.3%	6.1%
	SD	7.4%	7.5%	7.3%	7.1%	7.0%

Tableau 1. SD : sous Dense, D : Dense

Les résultats sont décrits dans le tableau 2. Ils sont comparables à ceux retrouvés en population générale résidant en Midi-Pyrénées (ex-région inclus dans Occitanie aujourd'hui). Sur l'ensemble des postes de dépenses, il n'est pas retrouvé de différences de taux standardisés sur l'âge et le sexe entre les deux zones. Il n'y a donc pas de différence en volume de consommation que l'on réside en zone sous-denses ou zone dense. Par ailleurs, on voit dans cette étude, que 88% des résidents des communes étudiées ont eu au moins un remboursement en 2015. Ainsi, on estime à 12% le nombre de résidents non consommateurs de soins. Nous ne pouvons dire si ces non-consommateurs résident plus dans une zone. Nous pouvons considérer les résultats robustes puisque nous couvrons près de 90% des résidents des communes étudiées.

Les résultats de cette étude sont encourageants pour 2015, puisqu'il n'y a pas de discrimination sur le volume de soins consommés que l'on réside en zone dense ou en zone sous dense. Il semblerait que le recours aux soins soit équivalent même si l'accès aux soins est hétérogène. En revanche, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si les délais moyens de recours à ces soins sont comparables (bien qu'inférieur à 12 mois puisque nous raisonnons sur une année civile). La question du retard au diagnostic peut donc se poser.

Ces résultats peuvent mener à différents questionnements. Tout d'abord on pourrait se demander si le taux de précarité était identique dans les deux groupes. Ainsi, nous avons étudié le nombre d'adhérents à la complémentaire CMU. Il est dans notre échantillon évalué à 7% des consommateurs et équilibré entre nos 2 zones d'intérêt. L'INSEE recense en 2015 7.8% des français adhérents à la CMU-c. Il y aurait donc environ 1.5% des résidents couverts par la CMU-c non consommateurs. La précarité fait partie des critères de renoncement au soins notamment lorsque l'accès au soin est complexe. Nous n'avons pas d'information sur les 1.5% de résidents, qui potentiellement sont majoritairement en zone sous dense.

Par ailleurs, une des hypothèses face à recours équivalent aux soins, est que les patients résidant en zone sous-dense doivent consentir un effort plus important pour accéder aux soins. Par exemple, les patients pourraient parcourir plus de kilomètres. Cela présuppose donc d'avoir un véhicule et les moyens de se déplacer et peut constituer un paramètre discriminatoire. Mais nous ne sommes pas en mesure de répondre à ce questionnement car nous n'avons pas accès au code commune du lieu des soins, donnée classée sensible. Dans les efforts consentis, on peut se demander si le reste à charge pour le patient serait plus important dans la zone sous-denses, en imaginant que ces patients auraient plus recours à de la consultation du secteur privé. Cette hypothèse a été vérifiée et le reste à charge moyen est équivalent quelle que soit la zone de résidence. En effet, 526 516 personnes avaient un reste à charge en 2015, soit 97.8% des consommateurs recensés en 2015. Il ne semble pas y avoir de différence entre les restes à charge moyen des zones sous-denses et denses.

Enfin, dans la région Occitanie, peu de personnes résident en zone sous-dense. En effet, la région arrive en 2ème position en considérant la proportion de population résidant dans une zone APL<4 avec 6.2% des habitants. Cela pourrait expliquer les résultats obtenus. En revanche, en centre Val de Loire, 39.8% résident en zone APL<4, l'accès aux soins est donc d'autant plus complexe dans cette région. Il serait intéressant dans les perspectives de cette étude de reproduire cette analyse sur la France entière ou sur la région la plus fortement touchée par le phénomène.

Le travail a été reproduit sur les années 2016 à 2019 (Figure 3). En synthèse, les résultats de cette étude rivalisent avec ceux analysés en 2015, puisque le recours aux soins n'apparaît pas impacté par un accès aux soins hétérogène.

IV. CONCLUSION

Il s'agissait dans ce premier volet, financé par la Région Occitanie, d'estimer et de décrire l'évolution des profils de consommations des patients sur la période chronologique 2015 - 2019 dans la région Occitanie. Ainsi, avec une meilleure coordination, un déploiement des outils numériques tels que le DMP et les téléconsultations, il pouvait être envisagé un meilleur accès aux soins se traduisant par une augmentation des consommations de soins dans ces zones. Or nous avons pu constater que ce postulat de départ n'était pas attesté par le traitement des données et qu'aucune différence significative en termes de consommation de soins ne corroborait cette première hypothèse. Aussi une Phase II est désormais engagée pour poursuivre l'étude sur une autre région française et/ou une autre période chronologique plus récente.

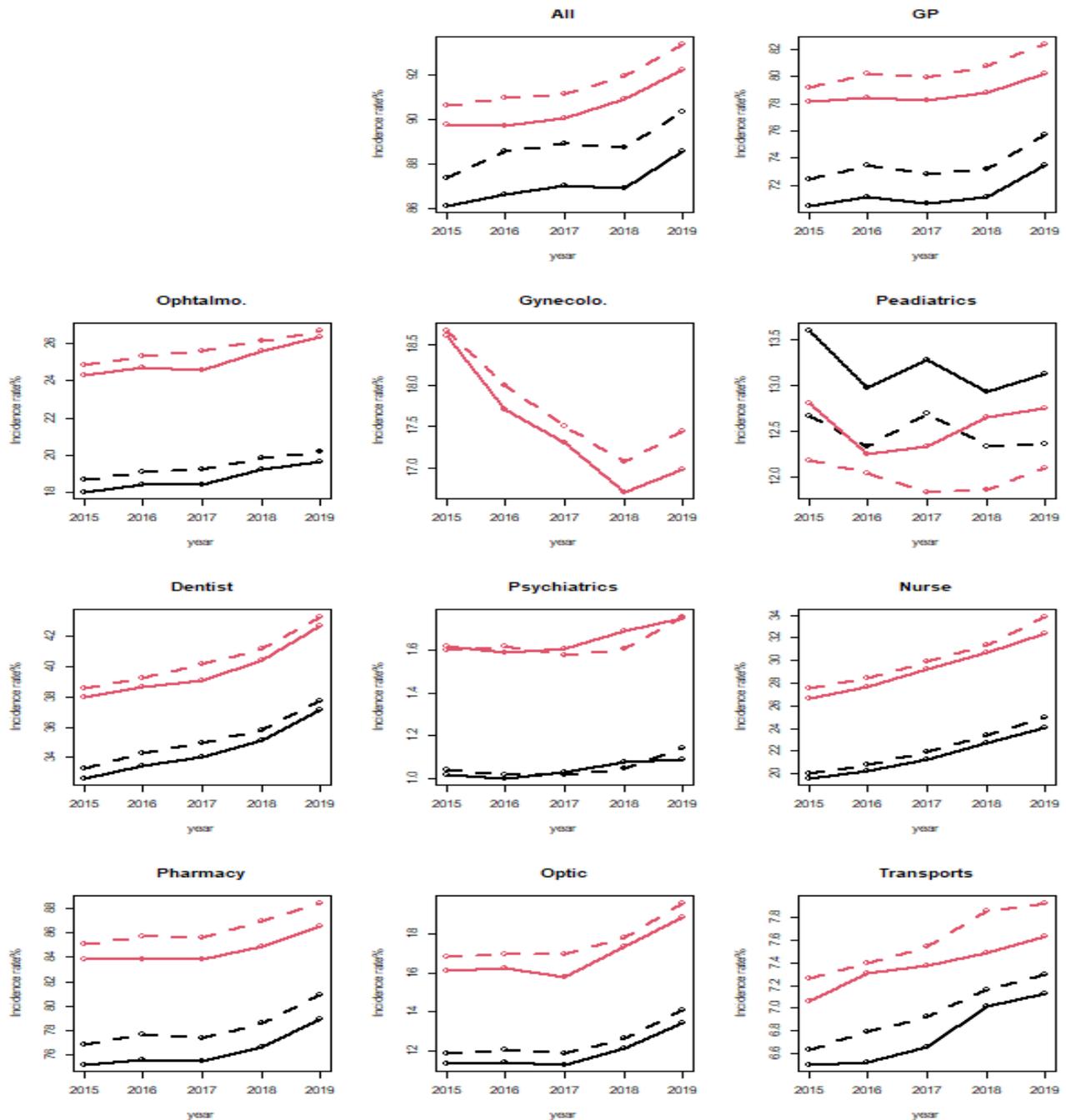


Figure 3 : Cinétique taux standardisé de la consommation de soins par poste de dépense

		Men			Women			
		APC	WPC	CI ratio of	APC	WPC	CI ratio of	
		Incidence	Incidence	incidence rate**	Incidence	Incidence	incidence **	Size
All		87.4	86.1	0.5-2.3	90.6	89.8	0.5-2.2	538 342
Medical practitioner	GPs (≥ 1 consultation)	72.4	70.5	0.4-2.5	79.2	78.2	0.4-2.3	458 824
	GPs (≥ 3 consultations)	42.3	40.1	0.4-3.2	53.0	50.6	0.4-2.9	296 830
	Gynecologist				18.7	18.6	0.2-5.9	53 292
	Ophthalmologist	18.7	18.0	0.2-5.5	24.8	24.3	0.2-4.4	138 976
	Dentist	33.3	32.6	0.3-3.3	38.6	38.0	0.3-3.4	218 492
	Pediatrician	12.7	13.6	0.0-87.0	12.2	12.8	0.0-107.9	15 136
	Psychiatrist	1.0	1.0	0.2-47.7	1.6	1.6	0-323.7	8 027
	Other	38.1	36.8	0.3-3.4	50.8	49.5	0.4-2.9	276 360
Other	Midwife				4.0	4.3	0.0-46.7	10 617
	Nurse	20.1	19.6	0.2-4.8	27.6	26.6	0.3-4.1	158 635
	Physiotherapist*	12.4	11.5	0.1-8.9	16.8	15.7	0.2-6.4	90 516
	Medical test laboratory/ anatomic-pathology	34.5	33.0	0.3-3.5	49.7	48.3	0.4-2.9	269 242
	Health product (drug and medical device)	76.8	75.2	0.4-2.4	85.1	83.8	0.5-2.3	489 788
	Optical medical devices	11.8	11.3	0.1-8.7	16.8	16.1	0.2-6.4	88 345
	Health services transport	6.6	6.5	0.1-14.2	7.3	7.1	0.1-13.4	48 672
	Speech therapist/ orthoptists	4.8	4.5	0.0-33.7	5.0	4.7	0.0-30.3	28 500
	PSA test (>54 years old)	38.1	36.3	0.2-7.1				43 702
	Mammography (55-79 years old)				20.2	19.4	0.1-18.6	19 011
Emergency	Private	3.7	3.5	0.0-61.3	3.2	3.1	0.0-79.8	19 165
	Public	11.1	11.6	0.1-9.5	10.2	10.5	0.1-10.7	61 155
Inpatient stay	Private***	5.5	5.2	0.1-21.7	6.3	5.8	0.1-20.5	37 812

Tableau 2

