

Mesurer l'adéquation entre l'offre et les besoins de soins

Le contexte :

En 2007, dans le cadre de la Mission Régionale de Santé (MRS), l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) doit mettre en œuvre un projet ayant trois objectifs :

- Établir un diagnostic partagé afin de définir les territoires les plus pertinents pour répondre aux besoins de santé et garantir ainsi un égal accès aux soins à l'ensemble des usagers du système de santé ;
- Élaborer un programme d'actions pluriannuel en lien avec les institutions, les collectivités territoriales et les professionnels de santé ;
- Fédérer les acteurs de terrain autour des ces actions et accompagner les professionnels de santé dans la réalisation de leurs projets.

⇒ L'étude présentée ici, confiée à l'Observatoire Régional de la Santé, est l'aboutissement du premier objectif.

Les objectifs :

- L'objectif général était d'évaluer l'adéquation entre l'offre et les besoins de soins de la population.
- L'objectif opérationnel était de définir des zones « fragiles ou sensibles » à privilégier pour améliorer l'offre de soins.

La problématique a surtout été centrée sur les soins de proximité.

La démarche :

1 - Recherche d'un découpage territorial cohérent avec les déplacements des patients en secteur ambulatoire et en secteur hospitalier ;

2 - Identification des zones « fragiles » :

- * par l'évaluation et la comparaison des besoins à l'offre de soins dans ce découpage ;
- * par la classification à partir d'indicateurs socio-économiques et d'indicateurs de santé et d'offre de soins.

Analyse des flux de patients

L'analyse des flux de patients a contribué à la recherche d'un découpage adapté. Pourquoi l'utilisation des flux ?

- Pour analyser les recours aux soins de proximité des patients ;
- Pour identifier des pôles d'attraction traduisant les habitudes de déplacement des patients.

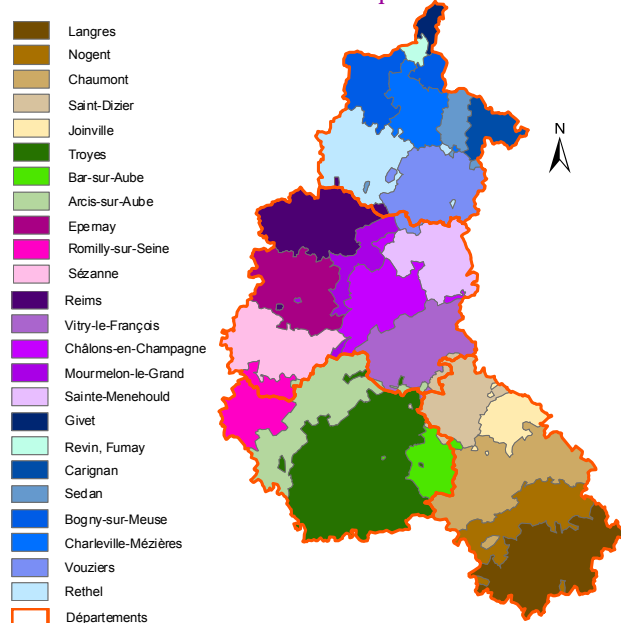
Les flux utilisés ont été les déplacements des patients vers les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (flux ambulatoires), et les séjours effectués par la population dans les établissements de soins pour la médecine de proximité (flux hospitaliers).

Résultats de l'analyse des flux

L'analyse des flux de patients en ambulatoire a abouti à une répartition des communes de résidence des patients en 24 zones (cf. carte 1). Il y a une cohérence des pratiques géographiques des patients en matière de recours aux soins ambulatoires et aux soins hospitaliers.

Le maillage obtenu répond partiellement à la problématique posée car il n'est pas assez fin. En effet, les méthodes statistiques ne permettent pas d'augmenter le nombre de zones tout en gardant une contiguïté géographique.

Carte 1 : Flux de patients vers les médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Source : URCAM 2005

Le découpage d'étude : les bassins de vie

Après analyse de la cohérence entre les flux de patients et les différents découpages géographiques existants (territoires de santé, permanence des soins, pays et bassins de vie), les bassins de vie constituent le zonage le plus cohérent avec les flux (d'après leur définition, cf. carte 2). De plus, ce découpage en 56 unités constitue un maillage assez fin pour répondre à la problématique de l'étude.

⇒ C'est donc le découpage en bassins de vie qui a été retenu.

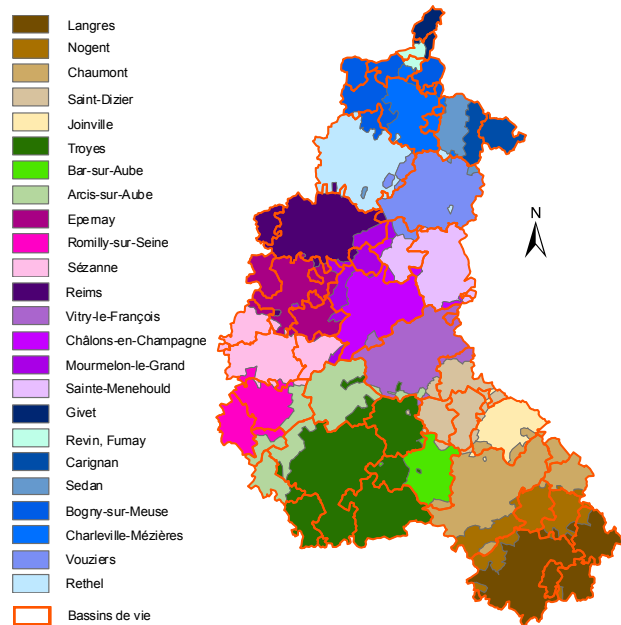
Définition

« Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel s'organise la vie des habitants relativement à l'accès à l'emploi et à un certain nombre d'équipements (services scolaires, santé...) ». Source : INSEE.

Situation en Champagne-Ardenne

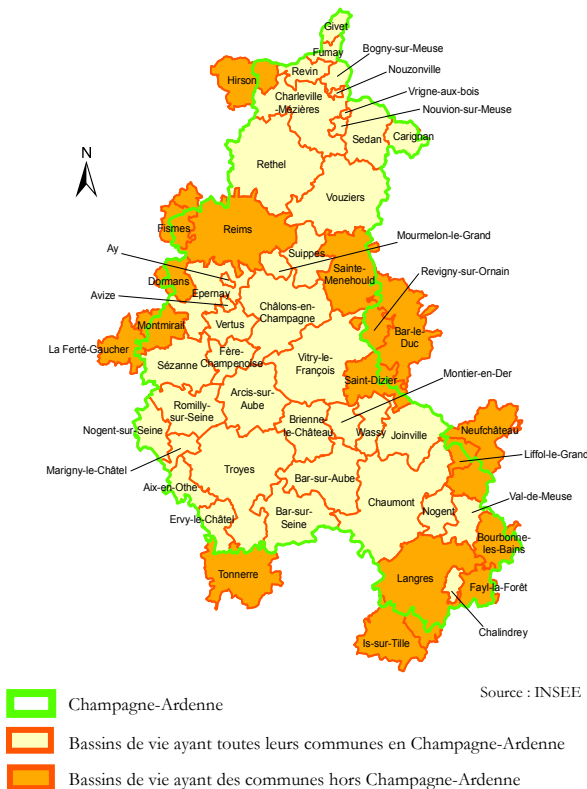
Il existe 56 bassins de vie en Champagne-Ardenne. 17 d'entre eux ont des communes situées hors de la région (cf. carte 3). Chaque bassin de vie est organisé autour d'un pôle, correspondant à une commune. La suite de l'étude a porté sur l'ensemble des communes de ces 56 bassins de vie.

Carte 2 : Cohérence entre les bassins de vie et les flux de patients vers les médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Sources : URCAM 2005, INSEE

Carte 3 : Les bassins de vie de Champagne-Ardenne



Source : INSEE

Méthodes

L'évaluation des besoins de soins est basée sur la **méthode d'évaluation des besoins de soins** des URCAM. Elle a été appliquée au niveau du bassin de vie et permet d'obtenir leur classement sur une échelle des besoins de soins calculée par combinaison de deux indices : âge et état de santé (mesuré par la mortalité à âge égal), un troisième indice (l'indice social) venant aggraver ou atténuer la situation.

Lors de l'identification des zones fragiles, une **analyse en composantes principales (ACP)** et une **classification ascendante hiérarchique (CAH)** ont été réalisées. Elles permettent d'évaluer les ressemblances entre les individus et les liaisons entre les variables et d'obtenir des zones homogènes au regard des variables retenues.

L'analyse des flux a été effectuée à l'aide de deux méthodes statistiques d'analyse des données : l'**analyse factorielle des correspondances (AFC)** et la **classification ascendante hiérarchique (CAH)**. Elles s'appliquent à un tableau de données croisant les communes de résidence des patients et les communes d'exercice des professionnels de santé libéraux ou des établissements hospitaliers. La combinaison de ces deux méthodes permet de déterminer des ensembles de communes rassemblées autour d'un même pôle de consultation de soins.

Pour en savoir plus :

- INSEE Champagne-Ardenne, Les bassins de vie champardennais : une économie rurale fortement structurée par les fonctions résidentielles et l'industrie, INSEE Flash n°59, 2005
- URCAM Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais, Évaluation des besoins de soins, Guide Méthodologique, 2005

Les bassins de vie fragiles

Comparaison entre les besoins et l'offre de soins

Les indicateurs utilisés sont :

- l'indice synthétique des besoins qui reflète deux dimensions (méthode des Urcam) :
 - l'âge,
 - l'état de santé, mesuré par la mortalité (Indice Comparatif de Mortalité, mesurant la moyenne de la mortalité à âge égal), de nombreux travaux ayant montré que cet indicateur était représentatif de la morbidité.
- l'offre de soins libérale définie par :
 - la densité de médecins généralistes,
 - la densité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes,
 - la proportion de médecins généralistes âgés de 55 ans et plus.

Après avoir croisé les indicateurs de besoins et d'offre de soins, **22 bassins de vie ont été sélectionnés** :

- 10 bassins de vie fragilisés par des besoins élevés et une offre faible,
- 6 bassins de vie fragilisés par des besoins élevés et une offre moyenne,
- 6 bassins de vie fragilisés par une offre faible et des be-

Classification des bassins de vie

La classification des bassins de vie est une approche complémentaire de la démarche précédente.

Elle prend en compte les mêmes indicateurs d'offre et de besoins de soins ainsi que des indicateurs socio-économiques (niveau d'études, profession, chômage, données fiscales...).

Elle aboutit à 8 classes réparties en trois grands groupes :

- les bassins de vie à caractère industriel,
- les bassins de vie ruraux,
- les bassins de vie urbains.

Le premier groupe, comportant 24 bassins de vie, rassemble ceux ayant des besoins de soins élevés, une offre de soins faible et des caractéristiques socio-économiques défavorables. **Ces 24 bassins de vie sont défavorisés.**

Le deuxième groupe, composé de 26 bassins de vie, a des indicateurs proches de la moyenne.

Le troisième groupe, constitué de 6 bassins de vie, réunit ceux ayant des besoins de soins faibles ou proches de la moyenne et des caractéristiques socio-économiques favorables.

Synthèse

- 22 bassins de vie « fragilisés » ont été sélectionnés par le rapprochement entre les besoins et l'offre de soins.
- 24 bassins de vie « défavorisés » ont été retenus après la classification. Parmi eux, 14 appartiennent aux 22 bassins de vie « fragiles » précédents. Les données socio-économiques définissent donc 10 nouveaux bassins de vie « défavorisés ».

⇒ **Cela amène à retenir 32 bassins de vie « fragiles » (dont 8 interrégionaux) présentant une mauvaise adéquation entre l'offre et les besoins de soins.**

Ces 32 bassins de vie ont été classés selon deux variables (mortalité et densité de généralistes) permettant de définir les plus fragiles d'entre eux.

Les critères retenus précédemment nous amènent à retenir **14 bassins de vie « les plus fragiles »**, dont 4 interrégionaux (cf. tableau 1).

Les critères de sélection des bassins de vie « les plus fragiles » sont :

- **Un indice comparatif de mortalité (ICM)** supérieur à 1,10 (correspondant à une mortalité supérieure de 10 % à celle de la France, à tous les âges),
- **Et une densité de médecins généralistes** inférieure à 79 pour 100 000 habitants (elle est de 95 pour les bassins de vie de Champagne-Ardenne et de 113 pour la France).

La densité de généralistes est utilisée ici comme marqueur de l'offre de soins, le médecin généraliste étant considéré comme le professionnel de santé pivot pour les soins de proximité.

Tableau 1 : Les 14 bassins de vie « les plus fragiles »

Nom du Bassin de vie	Indice comparatif de mortalité	Densité de généralistes pour 100 000 hab.	Part des généralistes de 55 ans et plus
Fismes	1,28	59	57%
Revin	1,24	46	29%
Nogent	1,23	64	50%
Hirson	1,23	67	22%
Joinville	1,19	63	9%
Marigny-le-Châtel	1,19	61	50%
Suippes	1,14	63	50%
Montier-en-Der	1,14	71	50%
Nouvion-sur-Meuse	1,14	61	25%
Givet	1,13	75	25%
Brienne-le-Château	1,13	53	17%
Montmirail	1,13	78	33%
La Ferté-Gaucher	1,12	63	30%
Wassy	1,11	76	29%
Bassins de vie Champagne-Ardenne	1,10	95	33%
France	1,00	113	24%

Source : URCAM 2005, INSEE 1999

Les bassins de vie surlignés sont les bassins de vie interrégionaux

Tableau 2 : Les 18 bassins de vie « fragiles »
(n'appartenant pas aux « plus fragiles »)

Nom du Bassin de vie	Indice comparatif de mortalité	Densité de généralistes pour 100 000 hab.	Part des généralistes de 55 ans et plus
Fumay	1,34	80	50%
Nouzonville	1,29	80	43%
Sedan	1,26	87	29%
Bogny-sur-Meuse	1,16	84	64%
Vrigne-aux-Bois	1,16	115	13%
Ervy-le-Châtel	1,15	83	20%
Tonnerre	1,14	79	36%
Carignan	1,12	99	40%
Vitry-le-François	1,10	88	46%
Romilly-sur-Seine	1,09	137	37%
Nogent-sur-Seine	1,08	60	29%
Aix-en-Othe	1,08	85	40%
Bar-sur-Aube	1,07	71	40%
Saint-Dizier	1,01	90	47%
Fère-Champenoise	1,00	61	33%
Is-sur-Tille	0,96	73	22%
Revigny-sur-Ormain	0,96	73	50%
Mourmelon-le-Grand	0,93	80	17%
Bassins de vie Champagne-Ardenne	1,10	95	33%
France	1,00	113	24%

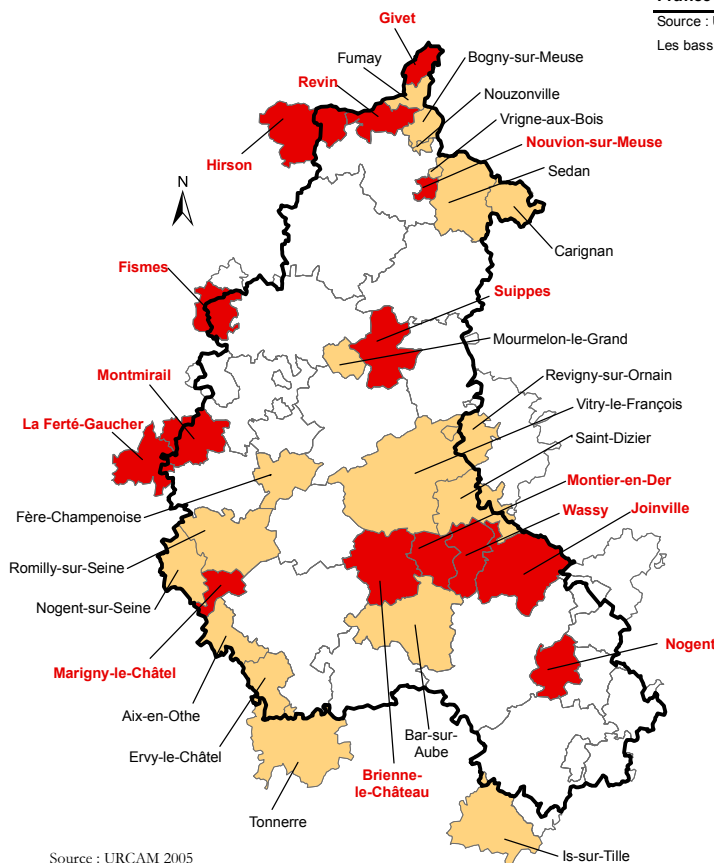
Source : URCAM 2005, INSEE 1999

Les bassins de vie surlignés sont les bassins de vie interrégionaux

Les principaux indicateurs d'offre et de besoins de soins sont présentés dans le tableau 1 pour les 14 bassins de vie « les plus fragiles » et dans le tableau 2 pour les 18 bassins de vie « fragiles ».

Dix-huit autres bassins de vie (cf. tableau 2) peuvent être considérés comme « fragiles » en raison d'une mortalité élevée ou bien d'une densité de généralistes assez faible. Certains de ces bassins, avec une mortalité supérieure de 15% à la moyenne mais une offre relativement satisfaisante, devraient faire l'objet d'études complémentaires.

Les 18 bassins de vie « fragiles » et les 14 « les plus fragiles » sont représentés sur la carte 4 ci-dessous .



Source : URCAM 2005

Carte 4 : Les bassins de vie « fragiles » et « les plus fragiles »

- Bassins de vie "fragiles"
- Bassins de vie "les plus fragiles"
- Champagne-Ardenne

Rappel :

Il n'existe pas de démarche statistique proposant un découpage « optimal » pour l'accès aux soins. La définition d'un zonage commun au secteur ambulatoire et au secteur hospitalier demande des adaptations, des négociations entre les acteurs à partir des propositions faites dans cette étude.

Conclusion

La liste des bassins de vie « les plus fragiles » est le résultat d'une observation. Il reste aux partenaires de choisir dans cette proposition les zones les plus adéquates pour la mise en place d'actions visant à améliorer l'offre de soins.

Certains bassins de vie ne sont pas retenus prioritairement dans cette étude : ils ont une mortalité élevée (ICM > 1,10) et une offre de soins importante. Des actions de santé publique devraient y être développées.

Par ailleurs, la construction des bassins de vie ne permet pas de distinguer les déplacements des habitants vers les équipements de proximité au sein des agglomérations. Par conséquent, il n'a pas été possible d'observer des zones « fragiles » à l'intérieur des grandes agglomérations. Pour certains quartiers des grandes villes, il pourrait être intéressant de les analyser par des méthodes qualitatives afin de repérer des espaces « fragilisés ».

Rapport ORS Champagne-Ardenne réalisé par : Marie Antoinette CASTEL TALLET, Caroline MAGNIEZ et Noémie OSWALT avec la collaboration de François TONNELLIER, Directeur de recherche honoraire

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE CHAMPAGNE-ARDENNE