

**Analyse locale de la démographie
de professionnels de santé de proximité
en Pays de la Loire fin 2002**

DRASS - URCAM - ORS

SOMMAIRE

I. A. Les Pays de la Loire : une région hétérogène	3
I. B. Les spécificités de la région en termes de santé publique et de structures de soins	5
Faits marquants concernant la santé des habitants	5
Offre de soins hospitalière et recompositions dans les secteurs sanitaires	5
II Analyse cantonale de l'offre de soins de proximité	6
II. A. Caractérisation des cantons.....	6
1. Les médecins généralistes	6
2. Les infirmiers	9
3. Les masseurs-kinésithérapeutes.....	10
3. Les pharmaciens.....	12
II. B. Les zones de fragilité en médecine générale.....	13
II. C. Actions locales et perspectives : la permanence des soins.....	14
III L'offre de soins régionale.....	17
III. A L'offre de soins médicale de 1984 à 2020.....	17
III. B L'offre de soins pour d'autres professions de santé.....	18

I. A. Les Pays de la Loire : une région hétérogène

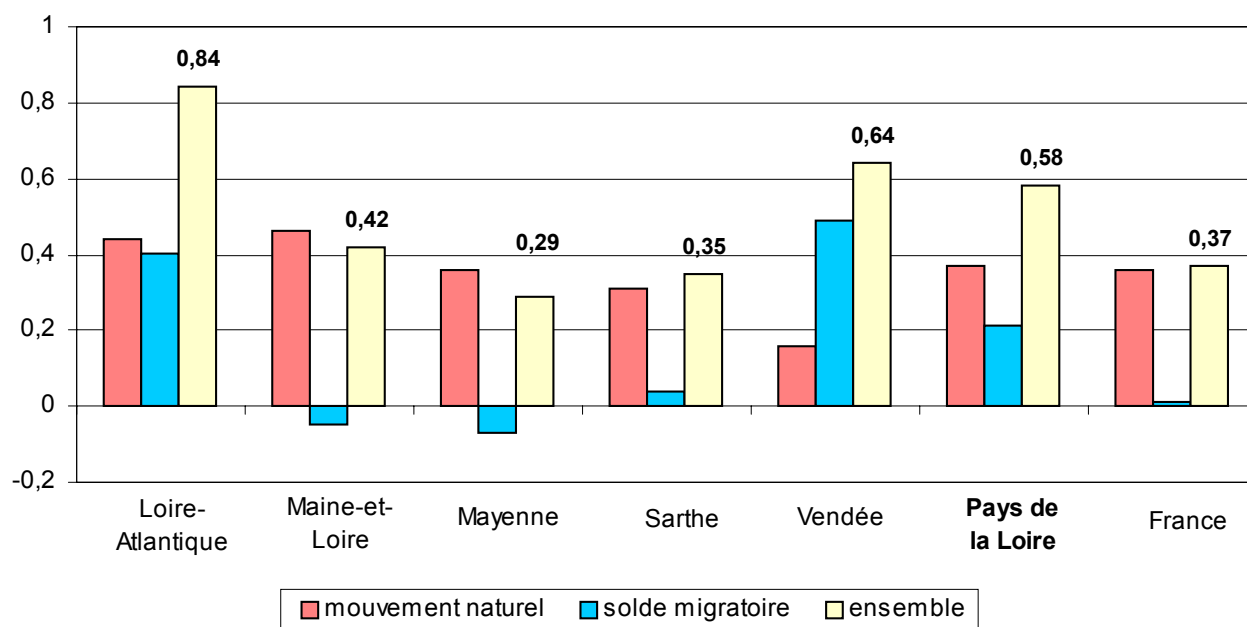
La région des Pays de la Loire est constituée de cinq départements (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée), 17 arrondissements, 203 cantons et 1504 communes.

La répartition de la population et des activités s'articule autour de deux axes majeurs : la vallée de la Loire, et la côte atlantique (61 communes littorales).

Une région en forte expansion démographique...

Au dernier recensement de la population (mars 1999), la région des Pays de la Loire compte 3 222 061 habitants, soit une progression de + 5,3% par rapport au recensement précédent de 1990, très supérieure à la moyenne nationale (+ 3%).

Au cours de la dernière période inter-censitaire, les entrées nettes sur le territoire régional sont cinq fois plus nombreuses que pendant la période 1982-1990. L'excédent migratoire contribue au tiers de l'augmentation de la population. Cette situation vaut surtout pour les départements de Vendée et de Loire-Atlantique.



Les Pays de la Loire, cinquième région française en termes de population, continuent à connaître une progression démographique soutenue (+2.1% entre 1999 et 2002, contre 1.4% pour la France). Cette progression est variable d'un département à l'autre et concerne surtout les départements de Loire Atlantique et Vendée, le premier grâce à des naissances et une attractivité de la ville de Nantes soutenues, et le deuxième par un excédent migratoire important .

Avec une superficie de 32 000 km², la densité de population est estimée à 103 habitants/km² en janvier 2002. Cette densité varie selon les départements du simple au triple : de 56 habitants/km² en Mayenne à 171 habitants/km² en Loire-Atlantique.

... mais une région qui vieillit

Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 17,2% en Pays de la Loire (contre +4,7% en France). L'indice de vieillissement régional, mesuré par le rapport du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans est de 64,4 au 1^{er} janvier 2002, niveau désormais similaire à celui observé au niveau national. Il est maximal en Vendée (80,0) et minimal dans les départements urbains de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire.

Comme au cours de la période inter censitaire précédente, la population ligérienne vieillirait sensiblement entre 2000 et 2020 :

- le nombre de personnes de 75 ans et plus augmenterait de 50%, leur part dans la population régionale passant de 7,4% en 2000 à 10,3% en 2020. Cette hausse serait particulièrement marquée en Loire-Atlantique et Vendée
- le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait de près de 340 000 personnes, leur part dans la population régionale passant de 21% en 2000 à 29% en 2020 (et près de 10 points en Vendée)

Une région avec des problèmes de précarité sans être vraiment sinistrée

Au 31 décembre 2003, le taux de chômage régional s'établit à 8,1% de la population active, inférieur au niveau national (9,7%). Ce taux varie sensiblement d'un département à l'autre : de 5,8% en Mayenne à 9,1% en Loire-Atlantique, et d'une zone d'emploi à l'autre : de 4,3% de la population active en Vendée Est à 9,9% en Vendée Ouest fin 2002.

Dans la région, les proportions de bénéficiaires des prestations d'intervention sociale (revenu minimum d'insertion, allocation de parent isolé, allocation aux adultes handicapés, allocation supplémentaire vieillesse) sont toutes inférieures aux niveaux nationaux.

- 35138 personnes bénéficient de l'allocation pour adulte handicapé, soit un taux de **14,4** pour 1000 personnes de 20 ans et plus (le taux national étant de **16,4**). Ce taux varie peu selon les départements.

- 37170 personnes bénéficient du revenu minimum d'insertion, soit un taux régional de **21,3** pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (le taux national étant de **29,6**). Ce taux varie du simple au double selon le département : de 12,4 pour 1000 en Mayenne à 25,6 pour 1000 en Loire-Atlantique.

- 6846 personnes bénéficient de l'allocation de parent isolé, soit un taux régional de **8,8** pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (le taux national étant de **11,4**). Ce taux varie de 5,6 pour 1000 en Mayenne à 10,2 pour 1000 en Sarthe.

Plus de 147 000 personnes sont couvertes par la CMU complémentaire.

Une économie diversifiée

La contribution des Pays de la Loire au produit intérieur brut est d'environ 5%, ce qui place la région au cinquième rang derrière l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais. Dotée d'un potentiel agricole riche et diversifié, la région fournit 10% de la valeur de la production agricole nationale. Associée à ses voisines, la Bretagne et le Poitou-Charentes, elle complète et consolide le rôle « alimentaire » du grand Ouest.

En 2001, l'industrie ligérienne employait 290 000 emplois salariés et 11 000 non salariés. La région des Pays de la Loire est ainsi devenue la troisième région industrielle derrière l'Île-de-France et Rhône-Alpes et devant le Nord-Pas-de-Calais. Entre 1990 et 2001, l'emploi salarié industriel a progressé de plus de 5% dans la région alors qu'il reculait de plus de 10% dans l'Hexagone. Cette bonne tenue de l'industrie ligérienne est d'abord due au bond des industries agroalimentaires, mais aussi à la progression des industries de biens d'équipement et de biens intermédiaires. En revanche, les industries de biens de consommation (essentiellement l'habillement-cuir) se sont réduits.

Les industries les plus représentées dans la région sont les industries agroalimentaires (deuxième région derrière la Bretagne), les industries de l'habillement et du cuir, les industries des équipements du foyer, la construction navale, aéronautique et ferroviaire et les industries des équipements mécaniques. Au regard des autres régions françaises, le tertiaire occupe une place moins implantée, avec deux emplois ligériens sur trois concernés par ce secteur. Ce phénomène s'explique à la fois par l'importance relative de l'agriculture et de l'industrie et par la sous-représentation du conseil-assistance vers les entreprises et de la recherche développement. [1]

I. B. Les spécificités de la région en termes de santé publique et de structures de soins

Faits marquants concernant la santé des habitants

Les données disponibles concernant la santé des habitants des Pays de la Loire mettent en évidence une situation régionale plutôt favorable par rapport à celle des autres régions françaises. Les indicateurs comparatifs de mortalité et de morbidité sont en effet tous inférieurs à la moyenne nationale : - 9 % pour le taux de séjours dans les services hospitaliers de médecine-chirurgie obstétrique, - 8 % pour le taux d'admissions en affection de longue durée des assurés au régime général d'assurance maladie, - 5 % pour le taux de mortalité. Il en résulte une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne nationale, pour les hommes (respectivement 75,4 et 75,1 ans en 1999) et surtout pour les femmes (83,2 ans et 82,5 ans). Actuellement, parmi les femmes des régions françaises, les ligériennes sont, d'ailleurs, celles dont la durée moyenne de vie est la plus longue.

Pour les trois grandes causes de mortalité et de morbidité que sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les traumatismes, la situation est toutefois moins homogène.

Concernant la pathologie cardio-vasculaire, les indicateurs régionaux sont très bons. La mortalité régionale liée à ces affections a, comme en France, reculé de façon considérable (plus de 40 %) au cours des deux dernières décennies et est, actuellement, inférieure de 5 % à la moyenne nationale. Cela positionne les Pays de la Loire au 3^e rang des régions de France métropolitaine les mieux classées pour cet indicateur sur la période 1998-2000. La moindre fréquence pour ces affections des séjours hospitaliers d'une part (- 14 %), des admissions en affection de longue durée au régime général d'assurance maladie d'autre part (- 11 %), conforte ce constat.

En matière de cancers, les Pays de la Loire occupent une position moyenne. La mortalité régionale due aux tumeurs malignes est, en effet, devenue très proche de la moyenne nationale au cours des années récentes, après lui avoir été longtemps inférieure. La région se situe actuellement, pour les hommes comme pour les femmes, au 12^e rang des régions les mieux classées pour cet indicateur. Cela résulte d'un recul moins marqué de la mortalité régionale par cancer au cours de la dernière décennie. Cette évolution est à rapprocher d'une progression plus importante du nombre de nouveaux cas annuels de cancers dans la région sur cette période (+ 40 % entre 1990 et 2000 contre + 32 % en France). L'incidence annuelle des cancers est actuellement estimée à environ 15 500 dans les Pays de la Loire.

Pour ce qui est des traumatismes, la situation régionale, bien qu'en nette amélioration, apparaît défavorable. On constate, en effet, une nette surmortalité régionale par suicide (+ 27 %), qui touche les 2 sexes et place les Pays de la Loire parmi les régions les plus mal placées pour cet indicateur (18^e rang sur 22). La mortalité régionale par accident de la route est également supérieure à la moyenne nationale (+ 18 %). Seuls les décès liés aux chutes, qui concernent surtout des personnes âgées, sont moins fréquents dans la région, notamment chez les femmes (-16 %).

Les grossesses, les accouchements et la santé des enfants dans leurs premiers mois de vie ont également un impact très important en termes de recours aux soins, notamment dans les Pays de la Loire qui connaissent, avec près de 44 000 naissances par an, l'indice conjoncturel de fécondité parmi les plus élevés des régions de France métropolitaine.

Dans les années qui viennent, la structure démographique régionale va connaître des transformations profondes, avec l'arrivée dans la classe d'âge des plus de 60 ans des générations nombreuses nées après 1945. Les personnes de plus de 60 ans verront ainsi leur nombre augmenter de près de 80 % entre 2000 et 2030. Cette évolution devrait fortement impacter les recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, ceux-ci étant fortement corrélés à l'âge.

Offre de soins hospitalière et recompositions dans les secteurs sanitaires

Dans le secteur sanitaire de Nantes, l'offre de soins hospitalière de l'agglomération comprend une offre publique de plus en plus coordonnée (CHRU de Nantes-CH Bellier-Centre régional de lutte contre le cancer) et une offre privée largement restructurée autour de quatre grands pôles : le pôle Est (Cliniques mutualistes et SA Jules Verne), le pôle Ouest (Polyclinique de l'Atlantique), le pôle Sud (Nouvelles Cliniques Nantaises et Catherine de Sienne) et le pôle Centre (Saint Augustin-Jeanne d'Arc). En centre ville, la clinique Brétéché s'est regroupée partiellement avec la clinique Viaud. Deux cliniques dédiées à une spécialité complètent cette offre : la Clinique ophtalmologique Sourdille et la Clinique urologique Atlantis. L'existence d'une offre de soins de proximité au nord, sur le site de Châteaubriant, constituée par un centre hospitalier et une clinique appelés à se regrouper sur un site unique, et, à l'est, avec le centre hospitalier d'Ancenis complète l'offre du secteur. L'établissement de coopérations opérationnelles durables avec les établissements de l'agglomération nantaise sera de nature à garantir l'offre de soins de ces pôles de proximité.

Dans le secteur sanitaire de Saint-Nazaire, l'offre de soins de court séjour est répartie entre 4 établissements situés sur l'agglomération nazairienne : le Centre hospitalier, la Clinique de l'Océan, la Clinique du Jardin des Plantes et la Polyclinique de l'Europe. Une première recomposition a entraîné la fusion juridique de la Polyclinique de l'Océan et de la clinique du Jardin des Plantes pour former la SA Polyclinique de Saint-Nazaire. Par ailleurs, la Polyclinique de la Forêt, devenue Polyclinique de l'Europe, s'est délocalisée de la Baule à Saint-Nazaire.

Dans le secteur d'Angers-Saumur, le CHU d'Angers constitue le pôle public universitaire de référence pour l'agglomération angevine et au-delà, pour la population du département. En complémentarité avec le CHU, cinq établissements publics ou privés participant au service public hospitalier assurent des missions spécialisées : le centre anticancéreux Paul Papin, le centre régional de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, le centre de convalescence Saint-Claude, le centre hospitalier spécialisé Saint-Gemmes sur Loire en psychiatrie et l'hôpital Saint Nicolas pour la prise en charge des personnes âgées. Les cinq cliniques de court séjour sont en cours de relocalisation pour former un bipôle sur deux sites avec, au sud, la constitution de la clinique de l'Anjou et à l'est le Village Santé Angers Loire. Le bassin saumurois constitue un ensemble bien identifié autour du centre hospitalier de Saumur. En milieu rural, dix établissements de petite taille assurent un maillage de l'ensemble du territoire.

L'offre hospitalière des soins en court séjour est organisée, sur le secteur de Laval, autour de trois pôles géographiques : Laval, Château-Gontier et Mayenne. Cette répartition présente l'apparence d'un équilibre géographique autour des trois pôles urbains du département, mais se révèle fragile compte-tenu des difficultés d'attirer durablement des médecins sur ces sites, qu'il s'agisse des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers. Cette fragilité se traduit par un important taux de fuite vers les grandes agglomérations voisines, Rennes, Le Mans et Angers, dont l'attractivité pourrait grandir si les coopérations entre les établissements publics et privés dans ces villes qui connaissent de fortes recompositions se renforcent.

Le dispositif hospitalier sarthois repose sur une offre historiquement importante, globalement bien répartie dans le département. La réorganisation engagée sous l'égide du SROS 1999-2004 consiste d'une part à conforter le pôle de référence et de recours constitué par les établissements manceaux, situés au cœur du département et d'autre part à constituer des pôles de proximité périphériques avec le concours des établissements départementaux et extra-départementaux limitrophes. Entre 1998 et 2002, les restructurations réalisées ont permis in fine de confier à deux groupes d'établissements, Cliniques du Maine et CMCM (centre médico-chirurgical du Mans) la majeure partie des installations privées de court séjour. Le regroupement des équipes médicales et chirurgicales permet à la population de disposer de services de spécialités importants et performants.

L'offre de soins vendéenne en court séjour a longtemps été caractérisée par un maillage du territoire autour des six villes principales (La Roche-sur-Yon, Fontenay-le-Comte, Les Sables d'Olonne, Luçon, Montaigu, Challans). Le pôle de référence est constitué du CHD et de la clinique Saint-Charles situés à la Roche sur Yon. Le CHD présente la particularité d'être un établissement départemental multisites, issu de la fusion des établissements de la Roche sur Yon, Luçon et Montaigu. L'établissement connaît une activité soutenue, notamment en cancérologie.

II Analyse cantonale de l'offre de soins de proximité

II. A. Caractérisation des cantons

1. Les médecins généralistes

La densité

Dans la méthodologie nationale, la distribution de la densité est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France métropolitaine, y compris ceux sans médecin généraliste. Les professionnels retenus dans ce calcul sont les médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier (MEP), ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31/12/2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants. La population du pseudo-canton est celle du recensement de la population de 1999.

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de la densité de médecins généralistes libéraux (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- *densité faible* : la densité de médecins généralistes est inférieure à 3,5 généralistes pour 5 000 habitants
- *densité moyenne* : la densité de médecins généralistes est comprise entre le 3,5 et 5,2 généralistes pour 5 000 habitants
- *densité forte* : la densité de médecins généralistes est supérieure à 5,2 généralistes pour 5 000 habitants.

L'URCAM des pays de la Loire a réalisé en 2002 des études départementales sur les densités des généralistes libéraux par commune (et prévisions à cinq ans) [3]. A partir de ces études, reformulées au niveau cantonal, quelques corrections des caractérisations des cantons données issues de la méthodologie nationale ont été effectuées (hors celles des pseudo-cantons). Au total, 8 cantons sur 164 ont vu leur densité changer de caractérisation.

La distribution régionale des densités médicales est ainsi la suivante fin 2002 (cf. également carte 1) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Densité faible	10	7	12	11	5	45
Densité moyenne	29	23	14	20	20	106
Densité forte	6	1	-	1	5	13
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Au niveau régional, la proportion de cantons à densité médicale forte est inférieure à 8% (contre 25% au niveau national, par construction). En Languedoc-Roussillon, Limousin et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, cette proportion dépasse 50%. Au sein de la région, la proportion de cantons à densité médicale forte (au sens de la méthodologie nationale) est nulle ou quasi nulle en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

L'activité

Dans la méthodologie nationale, les pseudo-cantons sont répartis en trois catégories, selon la distribution du nombre annuel moyen d'actes effectués par les médecins généralistes libéraux exerçant dans la zone (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- *activité faible* : le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est inférieur à 4 672
- *activité moyenne* : le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est compris entre 4 672 et 6 220
- *activité forte* : lorsque le nombre d'actes moyen effectués par les médecins généralistes de la zone par an est supérieur à 6 220.

La caractérisation de l'activité des médecins – comme celles sur la densité et la consommation de soins – a été envoyée pour avis aux conseils départementaux de l'ordre des médecins. Les remarques formulées par le conseil de l'ordre de Vendée ont conduit à modifier à la hausse la caractérisation de cinq cantons vendéens, en raison de la forte activité saisonnière de cantons situés en bordure de l'Océan.

La distribution de l'activité des médecins généralistes libéraux est la suivante fin 2002 (cf. également carte 2) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Activité faible	4	2	1	-	-	7
Activité moyenne	34	20	12	15	16	97
Activité forte	7	9	13	17	14	60
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Conséquence inverse de la densité, la proportion de cantons à activité médicale forte au niveau régional est supérieure à 36% (contre 25% au niveau national, par construction). Cette proportion dépasse 50% en Picardie, Champagne-Ardenne et surtout Nord-Pas de Calais (où elle atteint 72%). Au sein de la région, la proportion de cantons à activité médicale forte est proche de 50% en Mayenne, Sarthe et Vendée.

Deux pistes complémentaires sur l'activité des médecins mériteraient d'être examinées, qui influencent les modes d'exercice et le niveau d'activité des praticiens :

- la prise en compte de la pyramide des âges des généralistes libéraux, afin de mesurer l'importance de la proportion des médecins âgés et l'impact des départs en retraite (cf. également le chapitre suivant sur les résultats issus de la méthodologie de l'URCAM par zone de patientèle, qui prend en compte ce facteur)
- la féminisation (croissante) de la profession qui influe sur le volume d'activité médicale : à l'horizon 2020, la proportion de femmes généralistes serait de 53%, contre 37% aujourd'hui [4]

La consommation de soins

Dans la méthodologie nationale, le critère de consommation est établi à partir de la distribution de la consommation moyenne en actes des généralistes des résidents du canton. Par rapport au critère d'activité qui s'appuyait sur la notion de lieu d'exercice du praticien (quel que soit le lieu de résidence des patients), le critère de consommation utilise la notion de lieu de résidence des patients (quel que soit le lieu d'exercice du praticien consulté). Les actes pris en compte pour le calcul de la consommation sont les consultations et visites effectuées auprès des assurés et ayant droits des trois régimes principaux (général hors section locale mutualiste, MSA et CANAM).

La consommation moyenne est calculée en rapportant la consommation du canton en actes de généralistes au nombre de bénéficiaires de ces actes résidant dans le canton. La consommation moyenne est donc sur-estimée, puisque seuls les consommateurs sont pris en compte, et non les assurés et ayant droits qui n'ont pas consommé dans l'année.

Trois catégories sont constituées d'après la distribution de la consommation moyenne (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- *consommation faible : la consommation moyenne est inférieure à 4,9 consultations et/ou visites par consommant*
- *consommation moyenne : la consommation moyenne est comprise entre 4,9 et 6,1 consultations et/ou visites par consommant*
- *consommation forte : la consommation moyenne est supérieure à 6,1 consultations et/ou visites par consommant*

L'AROMSA des Pays de la Loire, en liaison avec l'URCAM, a publié une étude [5] sur la consommation de soins par zone géographique (cantons) ; des postes de dépenses les plus significatifs ont été sélectionnés pour cette étude, en particulier les consommations des consultations et visites de médecins (ont été également détaillés dans cette étude les consultations des médecins spécialistes, les dépenses de pharmacie, les actes des laboratoires, de chirurgie, de radiologie, de kinésithérapie, les actes infirmiers et les soins dentaires). Le travail de caractérisation des cantons a ainsi consisté à comparer ces données cantonales de consommation et celles fournies par le groupe 3 de l'observatoire national. Les résultats sont très proches : seuls 17 cantons sur 164 ont vu leur consommation changer de caractérisation.

La distribution cantonale des consommations de soins est ainsi la suivante fin 2002 (cf. également carte 3) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Consommation faible	27	11	11	7	5	61
Consommation moyenne	18	19	15	25	25	102
Consommation forte	-	1	-	-	-	1
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Cette carte et le tableau met en évidence la quasi-absence de cantons à consommation forte en Pays de la Loire ; l'indicateur retenu (consommation moyenne en consultations et visites) crée de fait des écarts extrêmement sensibles entre les régions : la proportion de cantons à consommation forte est maximale en Nord-Pas-de-Calais (99% des cantons), Limousin (71%), Aquitaine (59%) et Midi-Pyrénées (58%). A l'autre bout de l'échelle, la proportion de cantons à consommation forte (au sens de la méthodologie nationale) est inférieure à 1% en Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Basse-Normandie et Ile de France.

2. Les infirmiers

La densité

Dans la méthodologie nationale, la distribution de la densité est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France métropolitaine, y compris ceux sans infirmier. La densité d'infirmiers libéraux est exprimée pour 5 000 habitants. Les professionnels retenus dans ce calcul sont les infirmiers ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31/12/2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent). La population du pseudo-canton est celle du recensement de la population de 1999.

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de la densité d'infirmiers libéraux pour 5 000 habitants (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- densité faible : la densité d'infirmiers libéraux est inférieure à 2,5 infirmiers pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité d'infirmiers libéraux est comprise entre 2,5 et 6,0 infirmiers pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 6,0 infirmiers pour 5 000 habitants.

La DRASS des Pays de la Loire a publié en octobre 2002 un 4 pages [6] sur les infirmiers de proximité (infirmiers libéraux, infirmiers en centres de soins infirmiers et en SSIAD). Le travail de caractérisation des cantons a consisté à comparer les données cantonales de densité de cette étude et celles fournies par la DREES. Au final, 44 cantons ont vu leur densité changer de caractérisation, en raison principalement de la prise en compte de centres de soins infirmiers (nombreux en particulier en Loire-Atlantique et en Vendée), qui participent (parfois de façon sensible) à l'offre de soins.

La distribution régionale des densités d'infirmiers est ainsi la suivante fin 2002 (cf. également carte 4) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Densité faible	8	3	7	13	6	37
Densité moyenne	31	27	17	19	20	114
Densité forte	6	1	2	-	4	13
Nombre total de cantons	45	31	26	32	30	164

Au niveau régional, la proportion de cantons à densité médicale forte est inférieure à 8% (contre 25% au niveau national, par construction). Cette proportion dépasse 50% en Languedoc-Roussillon, Corse, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. 40% des cantons de Sarthe sont classés en densité faible ; de fait, en 2002, ce département se situe en avant-dernière position des départements français (avant la Seine-Saint-Denis) en termes de densité d'infirmiers libéraux.

L'activité

Dans la méthodologie nationale, le critère d'activité est établi à partir de la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux exerçant dans la zone. L'activité des cabinets secondaires éventuels de ces infirmiers n'est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo-canton du cabinet principal.

La distribution est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo-cantons sans professionnel (par souci d'homogénéité avec les calculs de densité).

Les pseudo-cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux exerçant dans la zone (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- activité faible : le nombre moyen de coefficients (total AMI + AIS) effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est inférieur à 12 419
- activité moyenne : le nombre moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est compris entre 12 419 et 16 855
- activité forte : lorsque le nombre moyen de coefficients AMI et AIS effectués par les infirmiers libéraux de la zone par an est supérieur à 16 855.

Aucune correction n'a été faite sur l'activité des infirmiers libéraux issue de la méthodologie nationale. La distribution cantonale de cette activité est la suivante fin 2002 (cf. également carte 5) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Activité faible	13	12	8	13	11	57
Activité moyenne	20	13	13	16	16	78
Activité forte	12	6	5	3	3	29
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Au niveau régional, la proportion de cantons à activité infirmière forte est inférieure à 18% (contre 25% au niveau national, par construction). Cette proportion dépasse 40% en Alsace, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

La répartition des cantons en Sarthe selon l'activité infirmière peut surprendre ; malgré une très faible densité de professionnels, la proportion de cantons à forte activité est peu élevée alors que, selon la CNAMTS, il s'agit du département de France où le nombre de clients vus par infirmier est maximal : en moyenne, chaque infirmier libéral sarthois a vu 699 clients différents au cours de l'année 2001 (pour une moyenne nationale de 293 clients). Ce paradoxe apparent est lié aux indicateurs retenus : la méthodologie nationale prend en compte l'ensemble des coefficients AMI et AIS. Les coefficients AIS concernent les activités de nursing, alors que les coefficients AMI traitent des actes techniques infirmiers. Si on examine plutôt le pourcentage d'actes AMI dans l'ensemble des actes, la distribution est maximale en Sarthe : dans les deux tiers des cantons, ce pourcentage est supérieur à 90%. Cela revient à dire que la faible densité d'infirmiers sarthois induit un travail surtout axé sur les actes techniques. En Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée en revanche, dans moins d'un canton sur dix la part des actes techniques dans l'ensemble des actes infirmiers dépasse 90%.

3. Les masseurs-kinésithérapeutes

La densité

Dans la méthodologie nationale, la distribution de la densité est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France métropolitaine, y compris ceux sans masseurs-kinésithérapeutes. La densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est exprimée pour 5 000 habitants. Les professionnels retenus dans ce calcul sont les masseurs-kinésithérapeutes ayant une activité principale libérale, et qui sont en activité au 31/12/2002. Cette donnée, issue du SNIR et élaborée par la CNAMTS, n'inclut pas les remplaçants (qui ne peuvent être dissociés des titulaires, dans la mesure où leurs feuilles de soins sont établies au nom du praticien qu'ils remplacent). La population du pseudo-canton est celle du recensement de la population de 1999.

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 5 000 habitants (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- *densité faible : la densité est inférieure à 1,6 masseur kinésithérapeute pour 5 000 habitants*
- *densité moyenne : la densité est comprise entre 1,6 et 3,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants*
- *densité forte : la densité est supérieure à 3,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 5 000 habitants.*

Les données issues de la méthodologie nationale reflètent bien l'offre de soins libérale en masseurs-kinésithérapeutes : forte densité des professionnels sur la côte vendéenne et en Loire-Atlantique, faibles densités cantonales en Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire. Un seul canton a vu sa densité augmenter (Saint-Jean de Monts) en raison d'un important centre de médecine physique et de réadaptation. Une piste complémentaire mériterait d'être explorée : la présence (en recul mais encore importante dans la région) de cabinets secondaires qui contribuent à l'offre de soins : 18% des masseurs-kinésithérapeutes libéraux exercent également dans ces cabinets secondaires.

La distribution régionale des densités de masseurs-kinésithérapeutes est la suivante (cf. également carte 6) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Densité faible	4	8	12	15	4	43
Densité moyenne	28	22	14	16	18	98
Densité forte	13	1	-	1	8	23
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Au niveau régional, la proportion de cantons à densité de masseurs-kinésithérapeutes forte est de 14% (contre 25% au niveau national, par construction). Cette proportion dépasse 40% en Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (où elle atteint 71%).

La carte régionale des densités de masseurs-kinésithérapeutes témoigne d'une attractivité sensible des cantons côtiers, en particulier en Vendée. A contrario, près de la moitié des cantons est classé en densité faible en Sarthe et Mayenne. Dans ce dernier département, les demandes de remplacement sont souvent insatisfaites, et l'absence locale de formation continue des professionnels les oblige à se déplacer sur Nantes ou La Roche sur Yon.

L'activité

Dans la méthodologie nationale, le critère d'activité est établi à partir de la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans la zone. L'activité des cabinets secondaires éventuels de ces masseurs-kinésithérapeutes n'est pas dissociée de celle de leur cabinet principal. Elle est donc affectée au pseudo-canton du cabinet principal. La distribution est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France métropolitaine, y compris les pseudo-cantons sans professionnel (par souci d'homogénéité avec les calculs de densité).

Les pseudo-cantons sont répartis en trois catégories, d'après la distribution du nombre annuel moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans la zone (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- *activité faible : le nombre moyen de coefficients (total coefficients AMS, AMK et AMC) effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est inférieur à 26 015*
- *activité moyenne : le nombre moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est compris entre 26 015 et 36 130*
- *activité forte : lorsque le nombre moyen de coefficients AMS, AMK et AMC effectués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la zone par an est supérieur à 36 130 .*

La distribution régionale de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est la suivante (cf. également carte 7) :

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Activité faible	10	3	6	3	1	23
Activité moyenne	27	14	6	15	19	81
Activité forte	8	14	14	14	10	60
<i>Nombre total de cantons</i>	45	31	26	32	30	164

Conséquence (inverse) de la carte des densités, on note une forte activité des professionnels dans les trois départements sous-dotés (Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire) et dans les cantons « intérieurs » de Vendée. De plus, une forte activité induit des coûts élevés de rachat des cabinets en cas de succession.

Deux pistes complémentaires sur l'activité des masseurs-kinésithérapeutes mériteraient d'être examinées, qui influencent les modes d'exercice et le niveau d'activité des praticiens :

- la diversification potentielle de l'offre : la profession moins prisonnière des lettres clés que les médecins peut s'orienter vers une offre plus diversifiée (fitness, remise en forme, activités de sport ...) vers une clientèle jeune et aisée en périphérie des grandes agglomérations (La Chapelle sur Erdre, Saint-Herblain, Cordemais ...)
- la féminisation (croissante) de la profession qui influe sur le volume d'activité médicale et le mode d'exercice : les effectifs des femmes en formation sont actuellement supérieurs à ceux des hommes, et les postes qu'elles occupent à la sortie sont orientés vers l'hôpital.

3. Les pharmaciens

Seuls les résultats de la méthodologie nationale sur les densités sont présentés ici.

3.1. Critère de densité des officines :

La distribution de la densité est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France entière, y compris ceux sans pharmacie. Les officines retenues dans ce calcul sont celles qui sont actives au 01/01/2003 dans le fichier ADELI. Il s'agit d'officines « classiques », au sens où les 140 officines mutualistes ou de secours miniers dont l'accès est réservé aux seuls cotisants de ladite mutuelle ou aux personnes dépendant du régime de sécurité sociale minier, ont été exclues du calcul. La densité d'officines « classiques » est exprimée pour 5 000 habitants. La population du pseudo-canton est celle du recensement de la population de 1999.

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de la densité d'officines « classiques » pour 5 000 habitants (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- densité faible : la densité d'officines est inférieure à 1,5 officines pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité d'officines est comprise entre 1,5 et 2,2 officines pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité d'officines est supérieure à 2,2 officines pour 5 000 habitants.

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Densité faible	3	11	9	8	2	33
Densité moyenne	30	16	9	22	18	95
Densité forte	12	4	8	2	10	36
Nombre total de cantons	45	31	26	32	30	164

En Corse et Limousin, la proportion de cantons à densité d'officines forte dépasse 60%.

Au niveau régional, la distribution des cantons selon la densité correspond à peu près à la distribution par quartile issue de la méthodologie nationale : 22% des cantons sont en densité forte et 20% en densité faible. La proportion de cantons à densité d'officines forte est cependant particulièrement faible en Sarthe et Maine-et-Loire.

3.2. Critère de densité des pharmaciens d'officine :

La distribution de la densité est calculée sur les pseudo-cantons regroupés de France entière, y compris ceux sans pharmacien.

Les professionnels retenus dans ce calcul sont les pharmaciens d'officine, titulaires ou adjoints, de 70 ans au plus, en activité au 01/01/2003. Cette donnée, issue d'ADELI, ne prend pas en compte les pharmaciens multi-employeurs ou « remplaçants », dont on ignore le secteur d'activité réel (officine, industrie pharmaceutique, etc...) ou encore le (ou les) lieu(x) d'activité précis, et dont les effectifs sont de toutes façons très marginaux. En sont également exclus les pharmaciens, gérants et adjoints, des officines mutualistes ou de secours miniers.

La densité de pharmaciens d'officine est exprimée pour 5 000 habitants. La population du pseudo-canton est celle du recensement de la population de 1999

Trois catégories sont constituées à partir de la distribution de pharmaciens d'officines « classiques » pour 5 000 habitants (les seuils ci-dessous correspondent aux valeurs des 1^{er} et 3^e quartiles) :

- densité faible : la densité de pharmaciens d'officines est inférieure à 2,9 pharmaciens (qu'ils soient titulaires ou adjoints) pour 5 000 habitants
- densité moyenne : la densité de pharmaciens d'officines est comprise entre 2,9 et 4,6 pharmaciens pour 5 000 habitants
- densité forte : la densité de pharmaciens d'officines est supérieure à 4,6 pharmaciens pour 5 000 habitants.

Cantons à :	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Densité faible	10	10	6	12	4	42
Densité moyenne	30	20	14	19	21	104
Densité forte	5	1	6	1	5	18
Nombre total de cantons	45	31	26	32	30	164

En Languedoc-Roussillon et Limousin, la proportion de cantons à densité de pharmaciens forte dépasse 50%.

Au niveau régional, seuls 11% des cantons sont en densité forte. Comme pour les officines, la proportion de cantons à densité de pharmaciens forte est particulièrement faible en Sarthe et Maine-et-Loire.

II. B. Les zones de fragilité en médecine générale

Les URCAM ont développé une autre analyse du territoire au plus proche de la réalité de l'exercice du médecin généraliste libéral ; l'objectif est la définition d'un ciblage national de zones sous dotées ou fragiles en offre de soins de proximité.

L'unité géographique de base est la commune. Les communes sont ensuite regroupées en :

- **Zone d'offre de proximité** : c'est le premier niveau de recours à la médecine générale de ville. Si une commune dispose d'au moins un médecin généraliste libéral non MEP (mode exercice particulier), cette commune est pôle d'une zone de proximité. Toutes les communes sans médecin sont rattachées à un pôle suivant le processus décrit ci-dessous.
- **Zone de recours** : territoire ayant une **population minimale de 1 500 personnes**. Ce territoire permet de stabiliser les zones d'offre de proximité en agrégeant les zones d'offre de proximité trop petites et souvent dépendantes d'une zone limitrophe plus importante en matière d'accès aux soins.
- **Zone de recours opérationnelle** : c'est la création d'un territoire ayant une **population minimale de 5 000 personnes**. Ce territoire permet de répondre aux attentes des pouvoirs publics : des territoires de santé cohérents, de 5 000 habitants et pour lesquels on peut envisager des aides s'ils sont en difficulté d'offre. Ces territoires sont la traduction des comportements majoritaires des patients ; des grandes zones sont donc par nature construites.

Méthode de création des "zones de recours" :

- Dans une première étape les communes sans médecins sont rattachées à la commune avec médecin contiguë vers laquelle le flux de patients est le plus important.
⇒ On obtient alors des **zones de 1^{er} recours**.
- Dans une seconde étape les zones de 1^{er} recours dont la population est inférieure à 1500 habitant sont rattachées à la zone de recours contiguë de plus de 1500 habitant vers laquelle le flux de patients est le plus important.
⇒ On obtient les **zones de recours**

Les indicateurs

Plusieurs critères permettent d'évaluer la situation d'une zone en matière de démographie médicale :

- des indicateurs d'offre,
- des indicateurs de consommations : s'ils sont faibles cela peut témoigner d'un accès plus difficile aux soins

Afin de cibler les territoires en difficulté sont retenus les indicateurs suivants :

offre	{	- la densité médicale avec comme dénominateur la population corrigée des flux et de la structure par âge.
		- la part de généralistes effectuant plus de 7 500 actes (C + V) par an
		- la part de généralistes de plus de 60 ans
		- l'activité annuelle moyenne des généralistes
consommation	{	- la consommation annuelle moyenne des 0-74 ans
		- la consommation annuelle moyenne des 75 ans et plus
		- le taux de consommation interne des plus de 75 ans croisé à la variation de population due aux flux

Pour chaque indicateur est créé un "score" valant 0, 1 ou 2 (ou 3 pour le taux de consommation interne des plus de 75 ans croisé avec la variation de population), le score le plus élevé correspondant à la situation la plus "pessimiste". Ainsi, on obtient un score d'offre sur 8 et un score de consommation sur 7.

La méthodologie proposée consiste à utiliser les scores d'offre et de consommation pour repérer les zones en difficulté.

Le ciblage proposé est :

- Si le score total (score d'offre + score de consommation) est fort (i.e. supérieur ou égal à 9) alors la zone est ciblée en "difficulté avérée",
- Si le score total (score d'offre + score de consommation) est moyen (i.e. égal à 8) alors la zone est ciblée en "fragilité certaine",
- Sinon, si le score d'offre est supérieur ou égal à 6 ou si le score de consommation est supérieur ou égal à 5 alors la zone est ciblée en "fragilité possible",

Pour chaque indicateur, des seuils sont définis.

La correction de la population par les flux et l'âge.

Les travaux portent sur l'adéquation entre l'offre de soins et le recours aux soins sur des territoires d'accès aux soins cohérents.

Par conséquent :

- La population de référence des zones de recours (ou des zones de recours opérationnelles) n'est pas le cumul des populations des communes composant la zone de recours mais la sommation des populations se déplaçant vers la zone de recours pour accéder aux soins que la population provienne ou non d'une des communes de la zone de recours.
- Pour un même nombre d'habitants, deux zones de recours peuvent avoir besoin d'un nombre différent de professionnels de santé si la structure par âge de leur population est différente. Pour que les zones soient comparables, il convient donc de **neutraliser l'effet "âge des populations"** de la manière suivante : la population d'une zone est réévaluée
 - à la hausse, si la structure par âge de sa population justifie un surcroît d'offre de soins
 - à la baisse, dans le cas contraire.

Les populations sont corrigées pour les indicateurs faisant intervenir les densités de médecins généralistes. La correction des populations (dénominateur des densités) est effectuée à partir des données de flux et du besoin d'offre de soins en médecine générale.

Cette caractérisation des zones de recours au médecin généraliste est visualisée dans la carte page suivante.

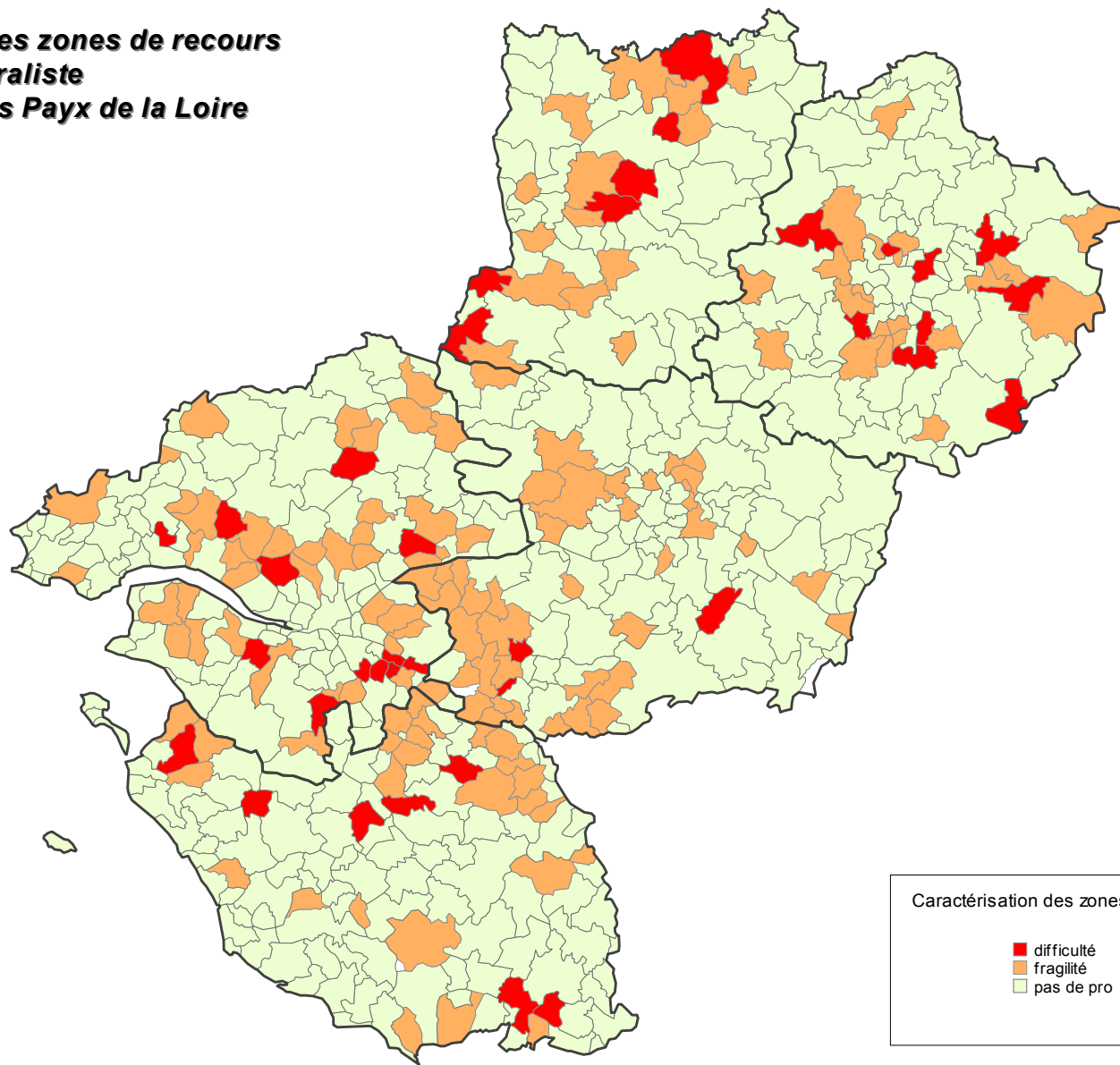
II. C. Actions locales et perspectives : la permanence des soins

Les CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) peuvent constituer un élément de réponse au problème de la démographie médicale car il rend l'activité plus attractive pour de nouveaux installés et elle permet à des médecins résidant en ville d'installer leur cabinet dans ces zones : ils rentrent chez eux tous les soirs et pour les quelques gardes à effectuer, disposent d'un local où être hébergés la nuit.

On peut distinguer trois types de CAPS :

- **les CAPS urbains (installés dans les grandes villes)**, dont l'objectif essentiel est de désengorger les services d'urgences de l'hôpital, en assurant les actes qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence mais de la permanence des soins.
- **les CAPS ruraux ou semi-ruraux**, qui constituent l'offre de soins de premier recours indispensable lorsque les cabinets médicaux sont fermés.
- **les CAPS côtiers**, qui répondent à un accroissement saisonnier de la demande de soins non programmée dans des zones touristiques.

**Caractérisation des zones de recours
au médecin généraliste
dans la région des Pays de la Loire**



Les horaires d'ouverture et le mode de fonctionnement sont différents selon le type de CAPS. Mais dans tous les cas, les patients doivent composer le 15 pour y accéder. L'URCAM assure le financement de ces CAPS (essentiellement du matériel médical et informatique, quelques travaux éventuels, le loyer et l'entretien des locaux, du temps de secrétariat) et propose une aide logistique aux médecins qui le souhaitent.

Les CAPS urbains.

Deux CAPS de ce type ont reçu un soutien financier de l'URCAM :

- à **Laval**, dans un local adossé au Centre Hospitalier. Il fonctionne depuis juillet 2003.
- A **Nantes**, dans un local situé près des urgences du CHU (dont la rénovation a été financée par la mairie de Nantes). L'inauguration a eu lieu début avril.

Etant donné la proximité des services d'urgence des hôpitaux, ces CAPS ne constituent pas la seule réponse à la demande de soins non programmée, mais ils doivent s'inscrire dans un schéma global de réponse graduée à cette demande, afin d'utiliser au mieux l'offre de soins existante.

Cette gradation pourrait être la suivante, sur appréciation du régulateur du 15 :

- permanence des soins pour un patient pouvant se déplacer = CAPS
- visites à domicile incontournables = médecins d'astreinte ou SOS médecins, si cette structure est présente (comme à Nantes)
- urgences vitales = SAMU / SMUR.

Dans une même logique d'utilisation optimale de l'offre de soins, il ne paraît pas nécessaire que ces CAPS soient ouverts toute la nuit : la rareté de la demande de soins sur cette période permet à l'hôpital (ou à SOS) d'assurer tous les actes. Ainsi, le CAPS de Laval ne fonctionne que le week-end, sur des créneaux horaires bien définis. Le CAPS de Nantes, dont la clientèle potentielle est plus importante compte tenu de la taille de l'agglomération, fonctionne tous les soirs jusqu'à 1 heure du matin, le samedi après-midi (à partir de 14 heures) et le dimanche (à partir de 9 heures).

Les CAPS ruraux ou semi-ruraux.

Il en existe actuellement trois dans la région, mais deux autres sont en cours d'ouverture (leur financement a été accepté par l'URCAM), et sept ou huit autres devraient déposer une demande de financement avant la fin de l'année 2004.

- Les trois CAPS actuellement ouverts sont ceux de **Clisson** (en Loire-Atlantique), de **Châteaubriant** (en Loire-Atlantique, avec quelques communes du Maine et Loire) et de **Château du Loir** (en Sarthe).
- Les trois autres CAPS ayant reçu un accord de financement FAQSV et qui ouvriront à la rentrée sont ceux de **Corcoué-Saint-Philbert** (en Loire-Atlantique, avec quelques communes vendéennes), d'**Ancenis** (en Loire-Atlantique, avec des communes du Maine et Loire) et de **Beaupréau** (dans le Maine et Loire, région choletaise).
- Par ailleurs, un CAPS à la **Roche-Bernard** est en cours d'ouverture. Il est situé en Bretagne mais comprend quatre communes sur les Pays de la Loire (Loire-Atlantique).

NB : Les communautés de communes ont accepté de financer le budget de fonctionnement de ce CAPS, ce qui représente à peu près 0,5€ par an par habitant).

En zone rurale ou semi-rurale, la permanence des soins de proximité repose exclusivement sur les médecins libéraux installés, qui en sont donc les acteurs essentiels, y compris la nuit. Le SAMU est en effet souvent loin et SOS médecins n'est pas implanté. C'est pourquoi le CAPS rural, contrairement au CAPS urbain, doit permettre qu'une permanence des soins soit assurée toute la nuit et le week-end.

Les caractéristiques essentielles de ce CAPS sont les suivantes :

- il couvre un secteur géographique agrandi par rapport aux anciens secteurs de garde (de l'ordre de 20 à 25 km de rayon),
- il offre un lieu physique clairement identifié vers lequel la population se déplace (sauf cas exceptionnels) et dans lequel les médecins passent la nuit (sauf s'ils habitent à proximité du CAPS et peuvent donc s'y rendre rapidement).

Il est généralement hébergé dans un hôpital local ou une maison de retraite.

Les médecins prenant la garde dans le CAPS sont regroupés au sein d'une association de loi 1901.

Ce système présente essentiellement les avantages suivants :

☛ Pour les médecins :

- gardes moins fréquentes qu'avant, car secteur plus grand.
- quasi-absence des visites à domicile (le patient se déplace)
- sécurité du local

☛ Pour les régulateurs du 15 :

- offre de garde plus facile à contacter (numéro de téléphone unique)
- effectif garanti par l'association de médecins du CAPS

☛ Pour les patients :

- assurance de trouver toujours et facilement une réponse à leur demande de soins
- équipement du CAPS adapté à la consultation non programmée (matériel médical et informatique avec, en perspective, un dossier médical informatique de garde)

☛ Pour les collectivités locales :

rendre leur zone géographique plus attractive pour l'installation de nouveaux médecins (ou plus simplement, éviter que les médecins actuellement installés ne dévissent leur plaque).

En effet, dans un secteur de campagne, où les médecins sont relativement peu nombreux, la garde revient assez souvent pour chacun. Ainsi :

- ⇒ Les étudiants en médecine qui veulent s'installer ont tendance à être rebutés par ce type de secteur. Ils s'installent plus volontiers en ville.
- ⇒ Du coup, les campagnes s'appauvrissent en médecins.
- ⇒ C'est un cercle vicieux, qu'il faut briser avant qu'il ne soit trop tard.

Les CAPS côtiers

Il en existe actuellement deux dans la région, à **Noirmoutier** et aux **Sables d'Olonne**, financés par l'URCAM en 2003. La différence, par rapport aux CAPS précédents réside dans le fait que les heures d'ouverture sont variables selon la période afin de s'adapter aux flux saisonniers de patientèle.

III L'offre de soins régionale

III. A L'offre de soins médicale de 1984 à 2020

Au cours des vingt dernières années, le nombre de médecins a presque doublé en Pays de la Loire. La progression, sensible dans les années quatre-vingt, s'est ensuite nettement ralentie au cours de la dernière décennie. Néanmoins, l'augmentation des effectifs a été plus rapide que celle de la population sur cette période, et a induit une hausse de la densité médicale régionale, de 236 médecins pour 100 000 habitants en 1990 à 269 médecins pour 100 000 habitants en 2001. Cette densité médicale reste cependant nettement inférieure à la moyenne nationale (332 médecins pour 100 000 habitants), même si l'écart s'est légèrement réduit au cours des dix dernières années. [7]

En 2001, les Pays de la Loire, cinquième région française en termes de population, ne se classe qu'au dix-septième rang en termes de densité médicale. Les densités de généralistes et spécialistes libéraux sont inférieures

aux moyennes nationales dans tous les départements de la région. Au-delà de la densité médicale régionale (et de la problématique d'en définir un « bon » niveau), les disparités géographiques intra régionales, pouvant rendre inégale l'offre de soins médicaux, sont préoccupantes : ainsi, en novembre 2002, 54% des communes ligériennes ne disposent pas de médecin généraliste. Il s'agit en quasi-totalité de communes rurales, une grande majorité d'entre elles ayant moins de 1000 habitants (la population moyenne s'établissant à 500 habitants). 273 communes (dont 250 rurales) ne disposent que d'un médecin généraliste. Dans 84 d'entre elles le médecin est âgé de plus de 50 ans.

Communes sans médecin généraliste	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
proportion de communes	24,0	52,7	70,5	66,7	44,5
Proportion de population	3,8	13,9	27,3	19,8	14,5

Au cours des vingt prochaines années, le nombre de médecins devrait continuer à progresser jusqu'en 2007, pour diminuer ensuite, et revenir en 2020 à son niveau de 1993. Les grandes tendances nationales se retrouveraient au niveau régional : hausse de la proportion des femmes médecins (pour atteindre la parité d'effectifs en 2020), diminution de cinq points de la part de l'activité libérale au profit du salariat, concentration de l'offre médicale en zone urbaine, vieillissement du corps médical. La baisse des effectifs de médecins s'accompagnant dans le même temps d'une hausse prévisionnelle de la population ligérienne de près de 9%, la densité médicale régionale reviendrait en 2020, à mesures constantes, à 227 médecins pour 100 000 habitants, soit son niveau de 1988.

III. B L'offre de soins pour d'autres professions de santé

Dans la plupart des spécialités, les densités médicales régionales sont inférieures de 3 à 6 points par rapport aux moyennes nationales, notamment dans celles d'effectifs importants : anesthésie, cardiologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie. Cet état de fait est d'autant plus inquiétant qu'il s'accompagne souvent d'une pyramide des âges défavorable (en particulier quand le nombre de quadragénaires actuels ne pourra suffire à remplacer celui des quinquagénaires).

Pédiatres et anesthésistes

En pédiatrie et gynécologie-obstétrique, l'évolution du nombre de places ouvertes à l'internat entre 1999 (date de mise en place de filières spécifiques) et 2002 a été significative par rapport aux autres spécialités : les effectifs sont passés de 8 à 12 en pédiatrie et de 7 à 15 en gynécologie-obstétrique. Dans le même temps, les effectifs des spécialités médicales (hors anesthésie) diminuaient de 41 à 38 et ceux des spécialités chirurgicales se maintenaient à 17. La région reste très mal pourvue en médecins spécialistes de la mère et de l'enfant : cinquième région en termes de population, les Pays de la Loire se situent en avant-dernière position des régions françaises en termes de densité de pédiatres (6,4 pour 100 000 habitants, contre 10,8 en France et 18,1 en Ile de France) et en dernière position en termes de densité de gynécologues-obstétriciens (5,9 pour 100 000 habitants et 8,6 en France). La densité d'anesthésistes, autre spécialité ciblée dans les décrets périnatalité, est également faible : 13,9 pour 100 000 habitants, contre 17 en France [8].

Les pédiatres : des densités élevées dans les secteurs sanitaires urbains ; près de la moitié des pédiatres a au moins 50 ans.

	Nantes	St Nazaire	Angers	Cholet	Laval	Le Mans	La Roche	Pays de la Loire
ensemble	76	14	51	11	8	30	19	209
% femmes	72,4	57,1	49,0	54,5	50,0	53,3	63,2	60,3
pop 0-18 ans	221 308	61 792	138 579	56 488	73 131	126 324	107 468	785 090
densités	34,3	22,7	36,8	19,5	10,9	23,7	17,7	26,6

Densités pour 100000 enfants et adolescents de 0 à 18 ans

Source : ADELI mai 2004

Les anesthésistes : des densités élevées dans les secteurs sanitaires urbains ; près d'un quart des anesthésistes a au moins 55 ans. Les indicateurs d'âge sont particulièrement défavorables dans le secteur sanitaire du Mans.

	Nantes	St Nazaire	Angers	Cholet	Laval	Le Mans	La Roche	Pays de la Loire
ensemble	191	27	90	16	17	50	50	441
% femmes	35,1	14,8	26,7	18,8	29,4	14,0	30,0	28,3
pop janv 2004	890 927	273 871	563 583	238 444	305 032	537 115	497 696	3 306 668
densités	21,4	9,9	16,0	6,7	5,6	9,3	10,0	13,3

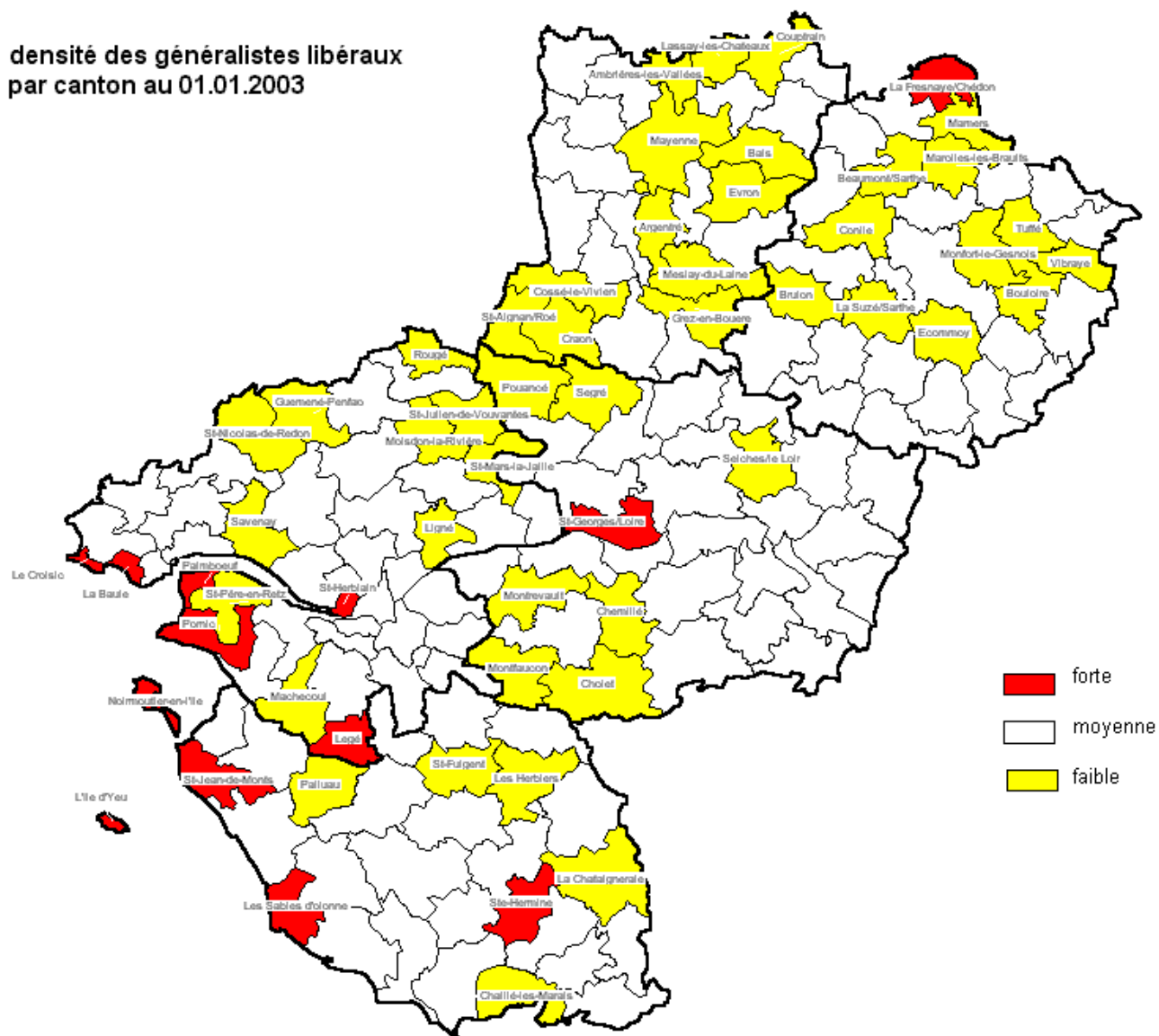
Densités pour 100000 habitants

Source : ADELI mai 2004

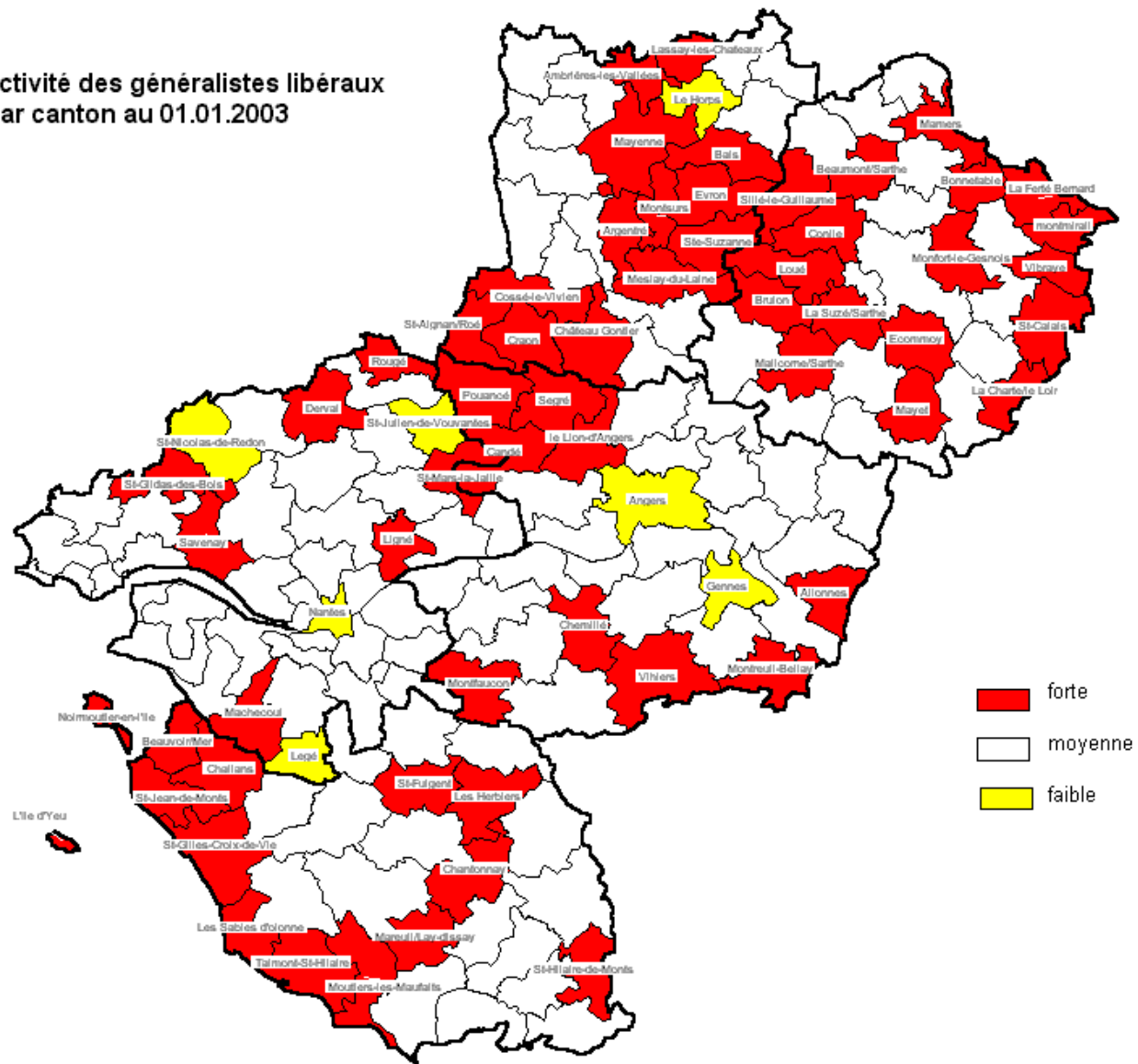
Bibliographie

- [1] Tableaux économiques des Pays de la Loire, *INSEE, Avril 2004*
- [2] La santé observée dans les Pays de la Loire, *ORS, Janvier 2004*
- [3] Les médecins généralistes sont-ils assez nombreux dans la région ?, *URCAM, octobre 2002*
- [4] La démographie médicale en Pays de la Loire, *DRASS, mars 2002*
- [5] Etude de la consommation de soins par zone géographique, *AROMSA des Pays de la Loire, 2003*
- [6] Les soins infirmiers de proximité en 2002, *Echo des Stats n°11, octobre 2002, DRASS*
- [7] Les médecins hier, aujourd'hui, demain ..., *Echo des Stats, février 2002, DRASS*
- [8] Mères et nouveau-nés en Pays de la Loire ..., *Echo des Stats, n°13, mars 2003, DRASS*

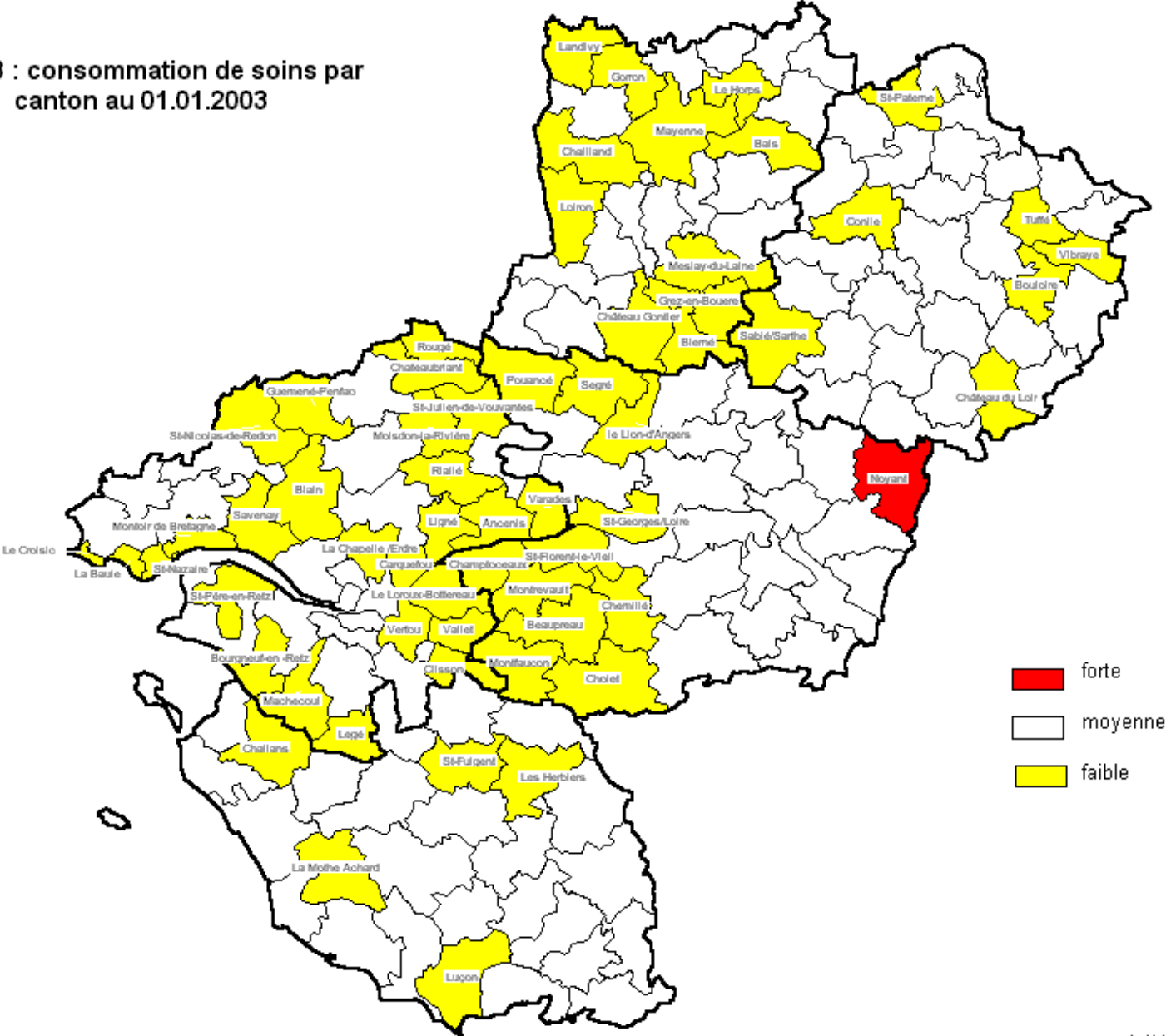
Carte 1 : densité des généralistes libéraux
par canton au 01.01.2003



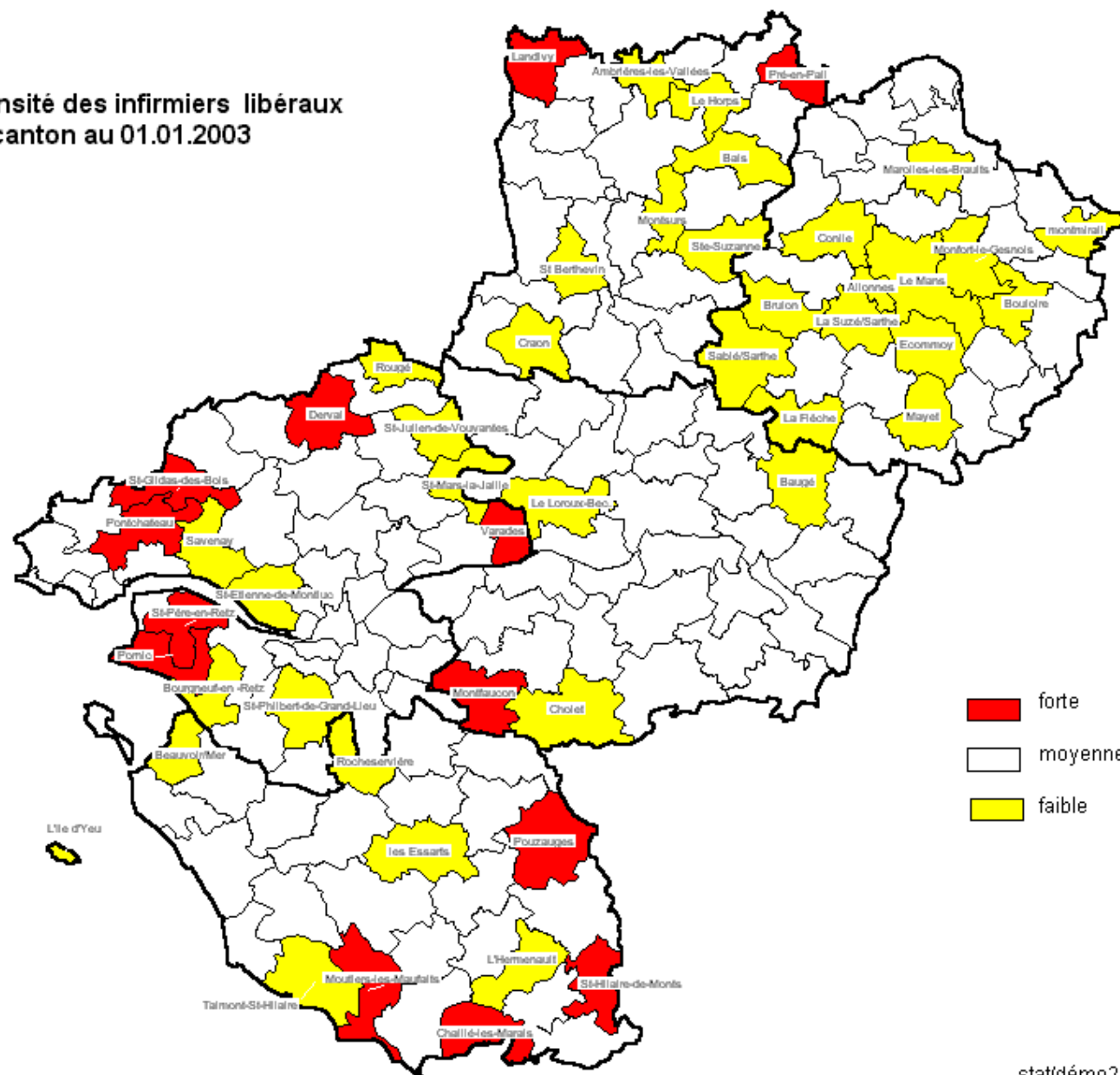
Carte 2 : activité des généralistes libéraux
par canton au 01.01.2003



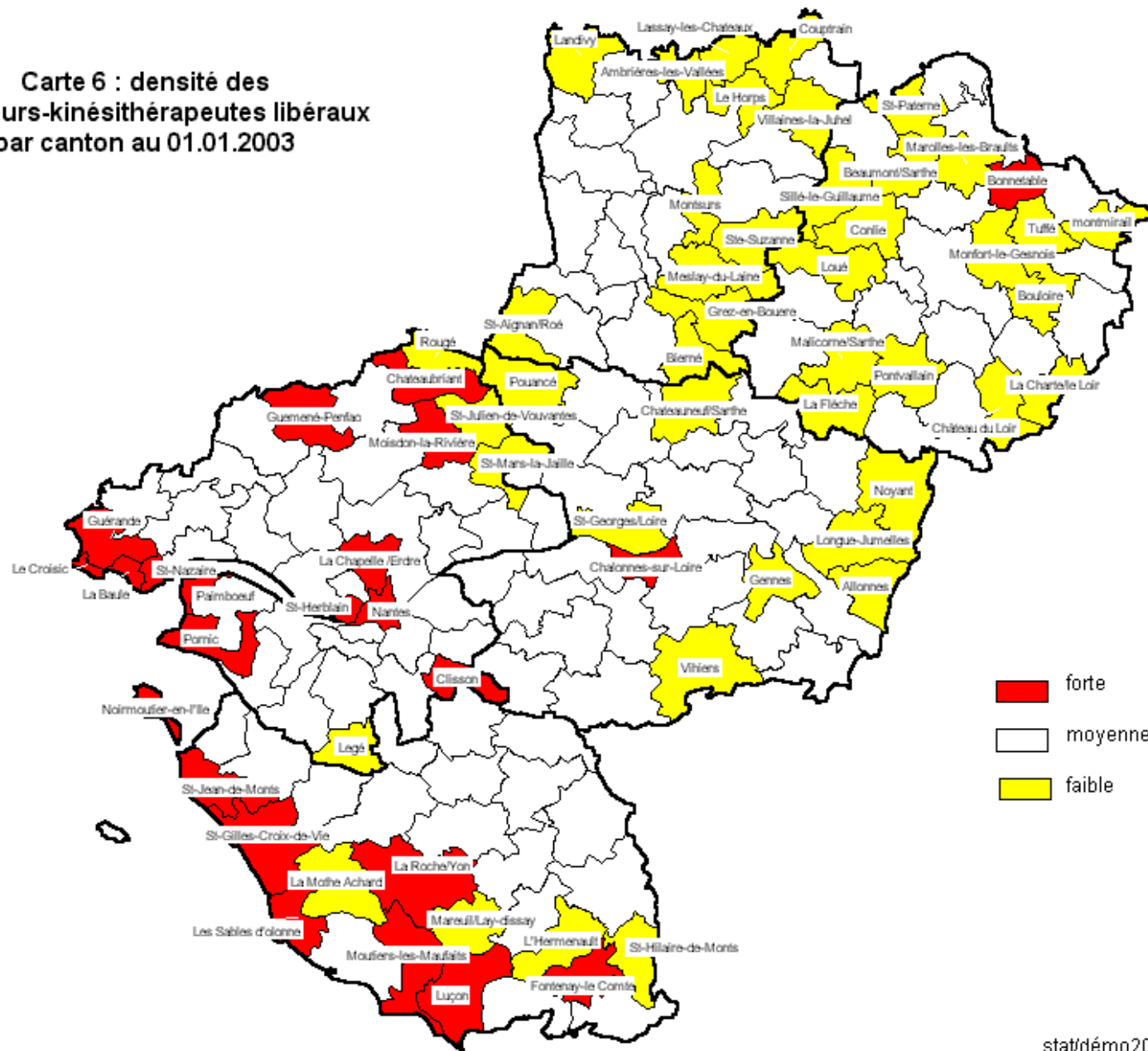
Carte 3 : consommation de soins par canton au 01.01.2003



Carte 4 : densité des infirmiers libéraux
par canton au 01.01.2003



**Carte 6 : densité des
masseurs-kinésithérapeutes libéraux
par canton au 01.01.2003**



Carte 7 : activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux par canton au 01.01.2003

