

Pour aider

Enquête

Inégalités territoriales d'accès aux soins

Faire reculer Les « déserts »

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) ainsi que le Plan cancer 2 se fixent des objectifs pour favoriser l'accès du plus grand nombre à des soins de qualité. L'épineuse question des « déserts médicaux » fait partie des obstacles à lever.



médicaux»



« Il n'y a plus de médecins ! » Pour Marie-Paule Crapez, présidente de l'Espace vie cancer à Fourmies, dans le Nord, le constat est terrible. Son département est parmi les plus touchés par la question de la faible densité médicale. *« Depuis des années, les médecins qui partent à la retraite ne sont pas remplacés, explique-t-elle. Ceux qui restent ne se déplacent plus à domicile. A leur cabinet, ils raccourcissent la durée des consultations. Les conséquences peuvent être dramatiques. Certaines rechutes ne sont ainsi plus détectées. Le patient doit se prendre en main lui-même, faire ses propres diagnostics. La situation est vraiment très préoccupante. »* La diminution du *numerus clausus** qui s'est appliquée aux étudiants en médecine dans les années 1980 et 1990, alliée aux difficultés d'exercer la médecine libérale dans certaines zones, notamment rurales, entraîne les disparités territoriales constatées aujourd'hui. Certaines régions françaises sont devenues de véritables déserts médicaux.

Plateaux techniques performants mais rares

Et quand il devient difficile d'obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste, trouver un spécialiste relève de la gageure. *« Nous devons aller à Maubeuge, voire à Lille, à l'autre bout du département, poursuit Marie-Paule Crapez. Il faut y passer la journée. C'est épuisant. »*

Pourtant, le département est doté de structures de pointe, comme le confirme Marie-Henriette Loucheux, vice-présidente du Comité départemental de la Ligue contre le cancer du Nord : *« Grâce notamment à l'action volontariste du conseil régional, nous disposons de plateaux techniques très performants et efficaces. Mais ces derniers sont trop peu nombreux pour une région aussi peuplée. De plus, après l'opération chirurgicale, le suivi peut poser de véritables problèmes, car si la chimiothérapie commence à être accessible dans tout le département, il n'en va pas de même pour la radiothérapie pour laquelle il y a peu de centres et »* ▶▶





OUTRE-MER

Une autonomie encore incomplète

La question de l'accès aux soins est encore plus flagrante outre-mer qu'en métropole. Exemples avec la Polynésie et la Guadeloupe.

Comment avoir accès à des soins de qualité quand on habite à plusieurs milliers de kilomètres de la métropole en plein océan Pacifique sud ou au cœur des Caraïbes ? « Nous ne rencontrons pas de difficultés particulières sur Tahiti, constate Patricia Grand, présidente du Comité de la Ligue contre le cancer de Polynésie française. Nous disposons d'un service d'oncologie et nous pouvons faire des chimiothérapies sur place, soit à l'hôpital, soit en clinique. En revanche, pour la radiothérapie, les malades doivent se rendre en métropole. Normalement, cette situation devrait prendre fin dès juin avec la construction du nouvel hôpital. Pour ce qui concerne les autres îles de la Polynésie, la situation est différente. Nous avons depuis peu une oncologue qui se déplace régulièrement jusqu'aux îles Sous-le-Vent à environ une heure d'avion de Papeete. Mais ailleurs, c'est plus difficile. La distance entre Tahiti et les Marquises, par exemple, est très importante. Les patients doivent venir se faire soigner à Papeete et rester sur place le temps du traitement. Si le voyage est pris

en charge par la Caisse de prévoyance sociale, l'équivalent de la Sécurité sociale, ce n'est pas le cas pour l'hébergement. Une fois à Papeete, les patients doivent se débrouiller. Le Comité est là pour les aider, notamment à se déplacer sur l'île. » La Guadeloupe rencontre, elle, des problématiques différentes. « Nous avons trois pôles d'oncologie, note Jacques Henry, président du Comité de la Ligue contre le cancer de Guadeloupe. De plus, l'hospitalisation à domicile est très développée dans le département. Cependant, il nous manque un accélérateur de particules. Nous n'en avons que deux. Si l'un d'eux tombe en panne, les délais peuvent atteindre deux mois pour une radiothérapie. Pour se faire soigner plus vite, certains patients préfèrent se rendre en métropole. La plupart des pathologies peuvent être prises en charge en Guadeloupe, sauf l'oncologie pédiatrique. Les enfants et leur famille doivent parfois rester un an en métropole pendant le traitement. Nous souhaiterions créer une Maison de l'outre-mer en région parisienne pour les aider pendant cette période. »

10 %

C'est la baisse de médecins actifs prévue au cours de la prochaine décennie.

3 mois

C'est le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès de certains spécialistes.



Pour aider / Inégalités territoriales d'accès aux soins

►► *peu de personnel. Je constate un vrai fatalisme dans la population face à une telle situation. Les patients hésitent à consulter et se font soigner tardivement.* »

Sélection par l'argent

« Les insuffisances dans certaines spécialités entraînent des délais qui peuvent aller jusqu'à trois mois, s'insurge Philippe Bergerot, vice-président de la Ligue nationale contre le cancer en charge des actions en faveur des malades et des proches. Surtout si on souhaite rester en secteur conventionné. Pour obtenir un rendez-vous plus rapide, il faut souvent consentir à payer des dépassements d'honoraires. »

D'après les prévisions de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de médecins actifs devrait baisser d'environ 10 % au cours de la prochaine décennie. Jusqu'en 2020, les cessations d'activité seront supérieures à l'arrivée de nouveaux diplômés. Si aujourd'hui des régions comme le Centre, la Bourgogne ou le Nord-Pas-de-Calais connaissent une faible densité médicale, le problème pourrait se déplacer et en frapper d'autres comme le Languedoc-Roussillon ou la Corse, à l'horizon 2030. Selon la DREES, *« l'évolution de la démographie médicale dépendra largement des décisions politiques prises aujourd'hui ».*

Réguler la démographie médicale

Dans un système comme le nôtre, où les médecins disposent du libre choix de leur lieu d'installation, les mesures pour réguler la démographie médicale sont avant tout incitatives. Les pouvoirs publics semblent avoir pris conscience de l'ampleur du problème. *« Il s'agit d'un véritable défi pour notre système de santé, reconnaît Félix Faucon, chef de service du pôle Organisation des soins à la Direction de l'hospitalisation du ministère de la Santé. Plutôt que de "déserts médicaux", nous préférons parler de "zones déficitaires en professionnels de santé". En effet, les médecins ne sont pas les seuls professionnels de santé pouvant être*

concernés par ces enjeux démographiques. Un certain nombre de dispositifs ont été élaborés pour garantir à tous un égal accès à des soins de qualité. Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour 2009 et 2010 prévoit, par exemple, de soutenir les formes d'exercice regroupé des professionnels de santé [...], en favorisant les structures comme les maisons de santé pluri-professionnelles. De plus, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) place l'accès aux soins comme une priorité absolue. Elle prévoit la mise en place d'un contrat d'engagement de service public qui offrira une contrepartie financière aux étudiants qui s'engageront à s'installer, à la fin de leurs études, dans les territoires considérés comme déficitaires. Enfin, le Plan cancer 2 vise à former plus de médecins dans certaines spécialités cruciales en cancérologie: l'oncologie (médicale, radiothérapique et hématologique) et l'anatomo-cytopathologie. »

Effets pervers

Le premier Plan cancer 2003-2007 prévoyait de soumettre les établissements à un système d'autorisation. A partir de 2012, ceux-ci devront justifier d'un seuil minimum d'activité pour continuer à pouvoir fonctionner. *« La qualité des soins va croître, on ne peut que s'en féliciter, souligne Philippe Bergerot. Mais il faut faire attention aux effets pervers. Les établissements qui sont par exemple à 80 % du taux d'activité requis vont débaucher des professionnels pour atteindre le seuil. Et comme le nombre de personnes qualifiées n'est pas extensif, cela va créer des manques. Le défi consistera donc à allier proximité et qualité des soins, sachant qu'on ne sacrifiera jamais la seconde à la première. »* ■

Nicolas Démare

*Un numerus clausus est le nombre de personnes à qui une chose est allouée (par exemple l'autorisation d'exercer une fonction) dans un système où ce nombre est limité à une valeur fixe quel que soit le nombre de prétendants (plutôt que par un pourcentage) et décidé par les autorités en fonction de leurs besoins. Le numerus clausus est utilisé dans l'admission aux études médicales en France pour définir le nombre de médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes.



La santé, révélateur des politiques publiques

Quand le manque de médecins oblige à effectuer plusieurs dizaines de kilomètres pour se faire soigner ou à consulter des professionnels hors secteur conventionné, les inégalités territoriales se transforment rapidement en inégalités économiques et sociales. Un colloque portant sur la réduction de ces inégalités sociales de santé était organisé le 11 janvier dernier au ministère de la Santé et des Sports. Les débats étaient conclus par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, et Fadela Amara, secrétaire d'Etat à la Politique de la ville. Ils ont notamment porté sur le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, remis récemment par son président, Michael Marmot, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce dernier a rappelé que les inégalités sociales de santé ne

concernaient pas uniquement les pays « en développement ». Même dans les pays où l'état de santé moyen des habitants s'améliore, les inégalités subsistent, voire s'aggravent. Avec les autres intervenants, Michael Marmot a montré que l'accès aux soins n'était qu'une partie du problème et que les injustices ne pouvaient se résorber qu'en intervenant sur tous les aspects de la politique publique : urbanisme, éducation, conditions de travail et de transport... Un message entendu par Roselyne Bachelot-Narquin qui a promis de faire de cette question « un axe majeur de la future loi de santé publique ». « La santé est l'affaire de tous, a-t-elle affirmé. Nous devons désormais prendre en compte l'impact sanitaire des différentes politiques, et le ministère de la Santé doit servir d'aiguillon pour cette prise de conscience partagée. »

