



L'offre de médecine générale et la saisonnalité dans les zones touristiques alpines de Rhône-Alpes

Rhône-Alpes est la deuxième région touristique de France, grâce à une double saison d'été et d'hiver, et ses stations alpines en font le premier domaine skiable mondial. Cette forte attraction touristique entraîne d'importantes variations saisonnières de population, d'autant plus sensibles que les zones alpines ont souvent peu d'habitants permanents.

La saisonnalité marque toute l'activité de ces territoires, et elle impacte donc les médecins généralistes, qui représentent l'offre de soins de première ligne, ce d'autant que les services hospitaliers de référence peuvent être éloignés et que leur accessibilité par la route reste soumise aux conditions climatiques.

Quelle est réellement l'offre de médecine générale dans les stations alpines, alors que les indicateurs de densité médicale (calculée sur la population résidente) et d'activité semblent montrer qu'elles sont privilégiées ? Comment les médecins généralistes vivent-ils cette saisonnalité, et comment s'y adaptent-ils ?

Pour répondre à ces questions, l'Observatoire Régional de la Santé a réalisé deux études¹ en 2009 et 2010, avec le soutien de la Région Rhône-Alpes, dans le cadre de son « Plan Saisonnalité Tourisme ». Une analyse l'activité et la densité médicale des stations alpines en prenant en compte les populations saisonnières, l'autre interroge directement les médecins généralistes.

Ce document et les rapports complets sont téléchargeables sur le site Internet de l'ORS : www.ors-rhone-alpes.org (rubrique publications/études).

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
Espace Régional de Santé Publique
9, quai Jean Moulin - 69001 Lyon
Tél. : 04 72 07 46 20 - Fax : 04 72 07 46 21
E-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org

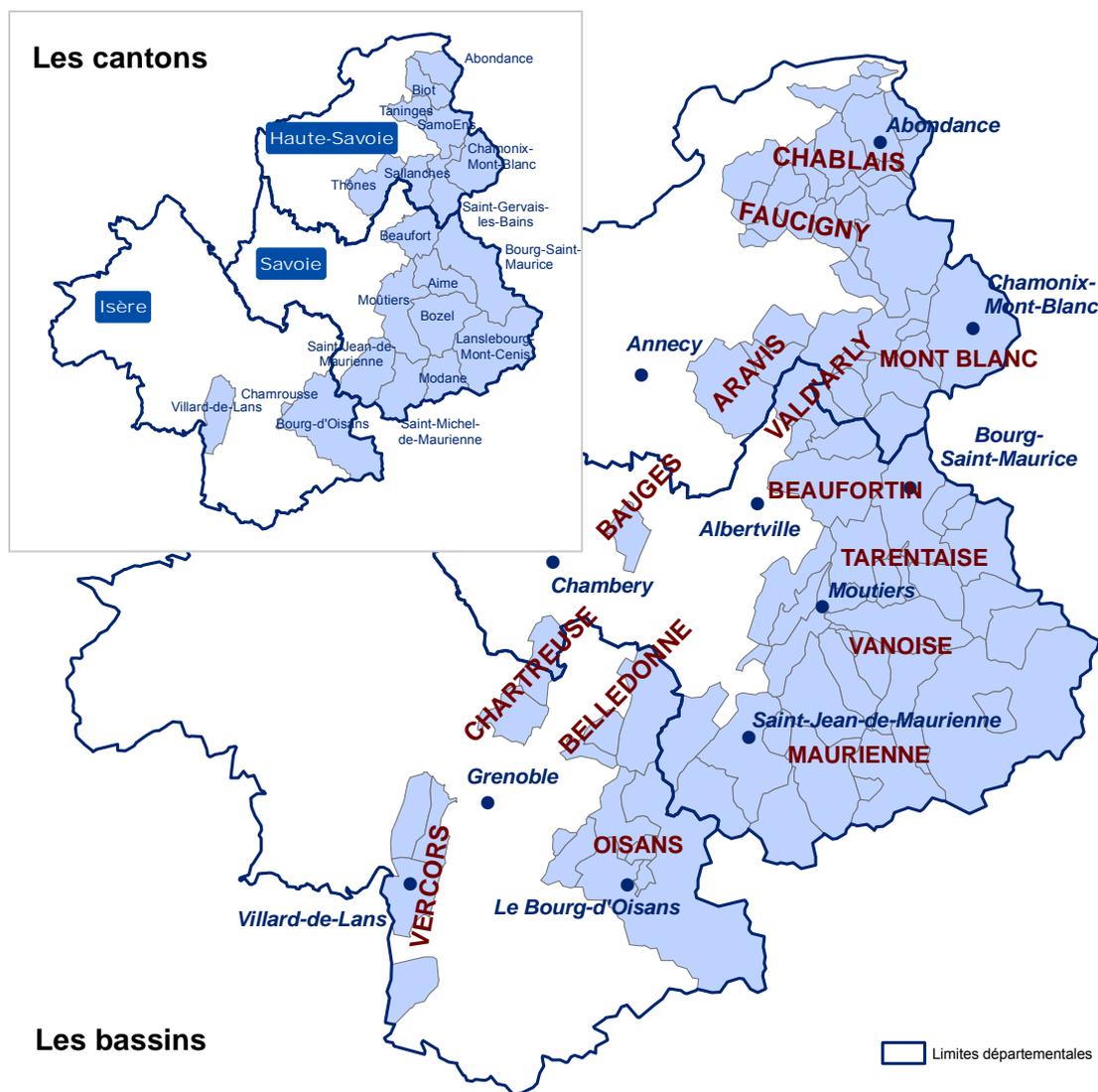
Etude réalisée en partenariat avec :



Avec le soutien de la

Le périmètre de l'étude : 206 communes de 3 départements

- ▶ Les 20 « cantons alpins touristiques » de la typologie régionale de l'Insee² (cf. *carte des cantons*) ont été inclus avec leurs 159 communes, ainsi que toutes les communes des stations de plus de 1500 lits touristiques, ce qui a permis d'inclure 106 des 115 stations de ski des Alpes du nord.
- ▶ Les « bassins » d'exercice de médecine générale, définis par l'étude Géosanté³ en 2008, ont été inclus dans leur entier pour toutes ces communes. Ils correspondent à la (aux) commune(s) d'attraction des cabinets médicaux.
- ▶ Au total, la zone d'étude comprend 206 communes des trois départements alpins (Isère, Savoie et Haute-Savoie), et 83 bassins de médecine générale (cf. *cartes ci-dessous*).



L'activité des médecins généralistes en zone touristique alpine

Elle a été analysée par commune, à partir des données de **remboursements des assurés du régime général** de l'Assurance maladie en 2008 et 2009. Les données médicales (consultations, imagerie, chirurgie...) étaient agrégées par mois de réalisation, ce qui a permis leur analyse par saison (hiver, été, hors saison). L'origine géographique du patient est également connue (dans le département, en Rhône-Alpes, ou hors de Rhône-Alpes).

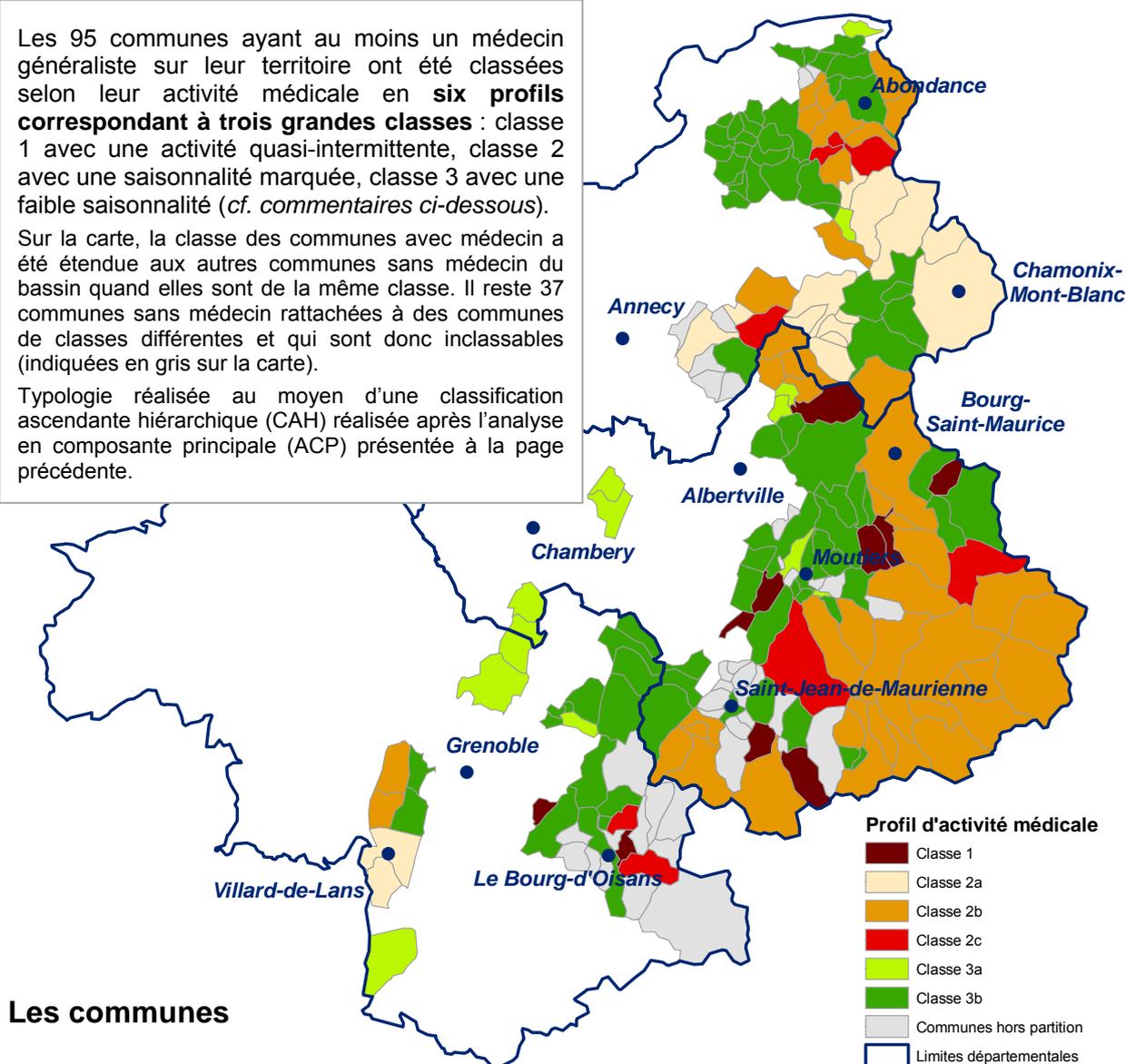
L'analyse en composantes principales (ACP) montre que les **deux principaux facteurs** décrivant l'activité médicale des communes sont d'une part **la saisonnalité de l'activité**, avec un pic surtout hivernal accompagné d'une forte activité de traumatologie, et d'autre part **la présence touristique durant toute l'année**, qui se traduit par une activité de traumatologie importante même hors saison.

Six profils d'activité médicale des stations alpines

Les 95 communes ayant au moins un médecin généraliste sur leur territoire ont été classées selon leur activité médicale en **six profils correspondant à trois grandes classes** : classe 1 avec une activité quasi-intermittente, classe 2 avec une saisonnalité marquée, classe 3 avec une faible saisonnalité (*cf. commentaires ci-dessous*).

Sur la carte, la classe des communes avec médecin a été étendue aux autres communes sans médecin du bassin quand elles sont de la même classe. Il reste 37 communes sans médecin rattachées à des communes de classes différentes et qui sont donc inclassables (indiquées en gris sur la carte).

Typologie réalisée au moyen d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) réalisée après l'analyse en composante principale (ACP) présentée à la page précédente.



Les communes

► **Classe 1** (10 communes) : **Saisonnalité « caricaturale »** (Chamrousse, Hauteluce, Montvalezan...) : activité hors-saison quasi nulle, 60 à 77% de l'activité réalisée en hiver, effectif de généralistes doublé en hiver grâce à des médecins saisonniers, mais faible activité en volume d'actes, car faible population résidente permanente.

► **Classe 2** (40 communes, extension à 67 communes) : **Saisonnalité marquée** : augmentation du volume d'actes en hiver surtout, activité de « médecine de montagne » (traumatologie : beaucoup d'actes d'imagerie et de chirurgie), forte part de patients résidant hors département :

- **2a** : effet de la saisonnalité amorti par une forte population résidente (Chamonix, Sallanches, Villard-de-Lans...),
- **2b** : la figure moyenne de la saisonnalité (Autrans, Modane, St-Bon-Tarentaise, Grand Bornand...),
- **2c** : forte saisonnalité et fréquentation touristique importante toute l'année (Huez, Tignes, Morzine...).

► **Classe 3** (45 communes, extension à 92 communes) : **Faible saisonnalité** : Communes de massifs de moyenne montagne (Bauges, Beaufortin, Belledonne, Chartreuse...) ou de piémont :

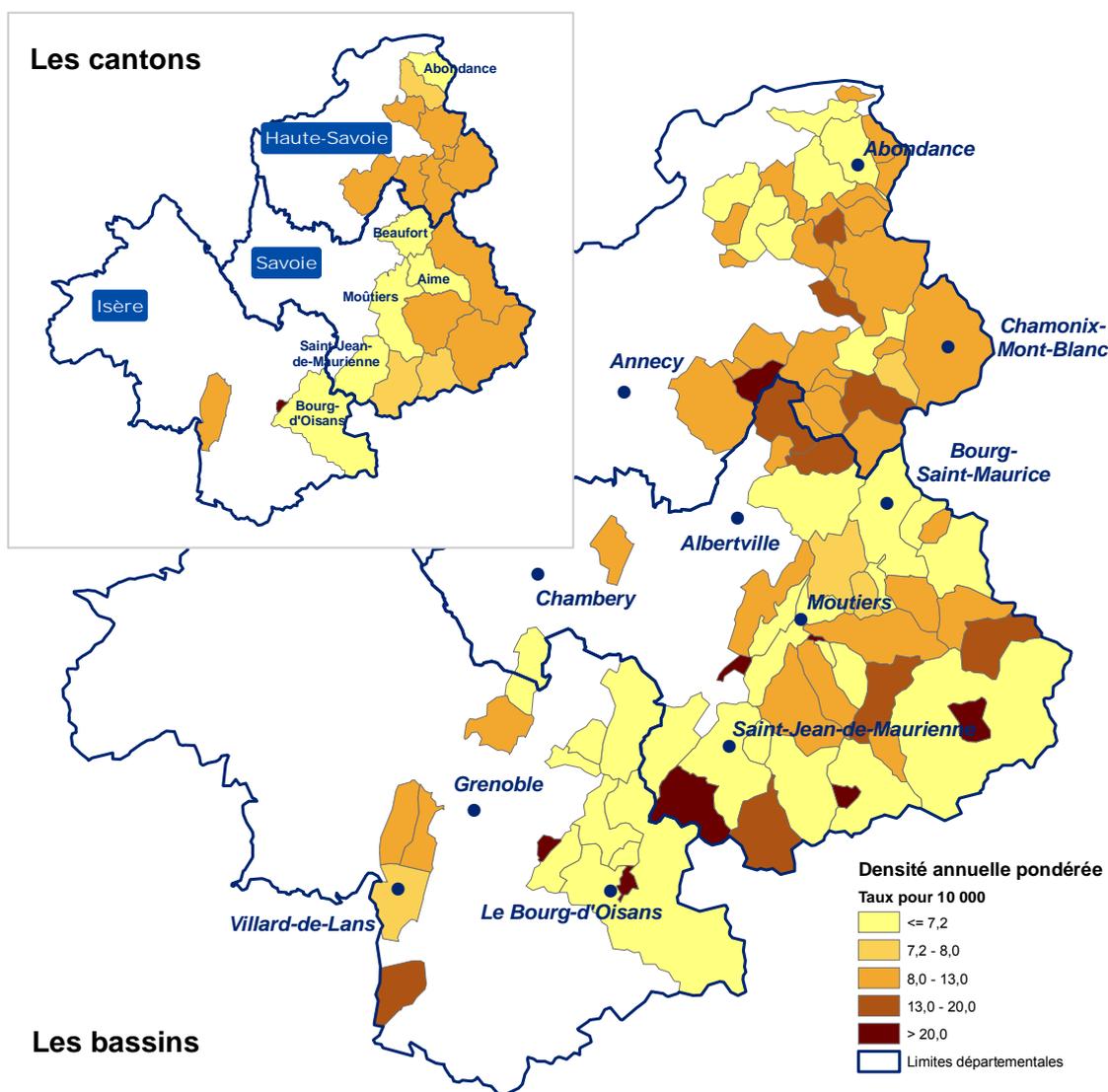
- **3a** : petite augmentation de l'activité en hiver, volume d'activité peu important car faible population résidente permanente (Grasse-en-Vercors, Saint-Pierre de Chartreuse, Aillon-le-jeune, Thollon-les-Mémises...),
- **3b** : faible attraction touristique, activité de médecine générale classique, tournée vers la population résidente permanente (Alleverd, Bourg-d'Oisans, Beaufort, St-Gervais-les-Bains, Taninges...).

► **Limites** : il s'agit d'une classification des communes et non des médecins, qui peuvent avoir des modes d'exercice différents selon leur niveau d'équipement. Les données sont celles du régime général et n'incluent donc ni les bénéficiaires des régimes indépendant ou agricole de l'Assurance maladie (qui couvrent environ 10% des Français), ni les étrangers.

La prise en compte des populations saisonnières révèle les disparités de la densité médicale

La « densité » médicale est habituellement calculée sur la seule population permanente. C'est ici la **densité médicale hors saison**, qui est de 11 médecins pour 10 000 habitants. Sur cette base, tous les cantons alpins touristiques sont en apparence au dessus de la moyenne régionale (10 médecins /10 000 hab.). La prise en compte de la population présente en saison divise par deux la densité :

- ▶ Densité en **hiver** : 6 médecins/10 000 hab., l'afflux touristique n'étant que partiellement comblé par la présence de médecins saisonniers.
- ▶ Densité la plus basse en **été** : 5 médecins/10 000 hab., car pas de médecins saisonniers.
- ▶ **Densité annuelle pondérée** (cartes ci dessous) : en moyenne, 8,2 med./10 000 hab. Six des 20 cantons passent ainsi en dessous du seuil déficitaire (7,2) défini par la Mission Régionale de Santé.



Densité annuelle pondérée calculée à partir des trois densités suivantes au prorata de leur durée :

- ▶ Densité hors saison (densité classique) = nb médecins / population Insee*
- ▶ Densité en hiver = (nb médecins + médecins saisonniers) / (pop. DGF** + pop. touristique***)
- ▶ Densité en été = nb médecins / (pop. DGF** + pop. touristique***)

* population Insee : population permanente au recensement de 2006

** pop. DGF : population utilisée pour la Dotation Globale de Fonctionnement des communes en 2008, correspondant à la population permanente + 1 habitant par résidence secondaire

*** pop. touristique = nombre de lits marchands x taux d'occupation des lits de la saison

Qui sont les médecins généralistes (MG) en zone touristique alpine et comment s'adaptent-ils à la saisonnalité ?

- ▶ Les trois quarts (78%) sont des hommes (contre 58% au niveau régional), leur âge moyen est de 49 ans (50 ans au niveau régional). La majorité exerce en groupe, avec des associés à l'année (56%) ou avec un associé temporaire (6%), et 70% sont conventionnés en secteur 1 (sans dépassement du tarif de l'Assurance maladie) (contre 84% au niveau régional).
- ▶ La moitié déclare avoir comme « mode d'exercice particulier » la médecine du sport, la traumatologie ou la « médecine de montagne ». Ce sont plus souvent des hommes, exerçant en secteur 2 (avec dépassement du tarif de l'Assurance maladie).
- ▶ L'activité de traumatologie est très variable : pour un quart des médecins elle représente plus de 50% des actes en hiver, mais pour un quart ce sont moins de 10% des actes. Ce type d'exercice demande un équipement particulier : 64% des médecins ont un appareil de radiographie et 42% sont correspondants du Samu et ont du matériel d'urgence.

Les médecins généralistes s'adaptent à la saisonnalité par plusieurs moyens :

- ▶ Augmentation de l'ouverture du cabinet, surtout en saison d'hiver, avec une ouverture 6 à 7 jours sur 7 (en moyenne 11,3 demi-journées d'ouverture sur 14 en hiver, 10,5 en été et 8,4 hors saison) et des horaires élargis (en moyenne 59 heures par semaine en hiver, 47 en été et 38 hors saison).
- ▶ Prise des vacances d'abord hors-saison : 66% des médecins ne prennent aucune vacance en hiver, 41% n'en prennent aucune en été, et ceux qui en prennent se font en général remplacer.
- ▶ Arrêt de l'activité à certaines périodes : un quart travaille moins de 10 mois par an en station, 15% ont un exercice saisonnier (moins de 6 mois). Cette adaptation est plus facile en cabinet de groupe.

Le point de vue des MG sur leur exercice et sur l'offre de soins en station

- ▶ Quatre médecins sur dix (43%) pensent que la saisonnalité est un avantage, du fait de la diversité de l'exercice, de l'absence de monotonie et du temps libre durant la période hors saison. A l'opposé, 25% la voient comme un inconvénient, du fait de la fatigue en haute saison et des changements de rythme, contraignants notamment pour la vie familiale. Les difficultés concernent aussi le coût des investissements immobiliers en station et le coût du matériel (imagerie, matériel d'urgence).
- ▶ Presque tous (90%) participent à la permanence des soins, avec en moyenne 7,5 nuits ou soirées de garde par mois, mais avec de fortes variations selon les secteurs. Cette participation est lourde, surtout en hiver où elle s'ajoute à une activité déjà très chargée durant la journée.
- ▶ Deux médecins sur trois estiment que le nombre de médecins est suffisant dans leur station, quelle que soit la saison. En revanche, plus du quart estime qu'il manque de médecins l'hiver. Par ailleurs, 9% notent qu'il n'y a pas de pharmacie dans la station. L'absence de dentiste en station rend difficile l'accès aux soins dentaires. La situation des infirmiers est très variable selon les stations.

Le point de vue des MG sur les travailleurs saisonniers

- ▶ La quasi-totalité (95%) des médecins reçoivent des saisonniers. Ils qualifient ainsi les travailleurs non locaux, qui sont jeunes et cumulent souvent les difficultés, contrairement aux locaux, qu'ils nomment plutôt « pluriactifs » et qu'ils ne différencient pas des autres habitants permanents.
- ▶ Les problèmes de santé repérés chez eux sont les pathologies infectieuses, les consommations de produits psycho-actifs, la fatigue, le surmenage et la traumatologie. La souffrance au travail et les accidents du travail sont peu repérés, alors qu'ils sont souvent déclarés par les saisonniers.
- ▶ Leurs problèmes d'accès aux soins sont identifiés par la moitié des MG : difficultés pour payer la consultation, horaires de travail ne laissant que peu de temps pour consulter, problèmes de transport, absence de mutuelle voire de couverture maladie par méconnaissance des droits. La plupart des MG pense cependant déjà y répondre. Ils sont divisés sur l'intérêt des maisons de santé pluridisciplinaires.

Données recueillies de mars à mai 2009 auprès des médecins généralistes installés dans le périmètre d'étude par deux enquêtes : une **enquête qualitative** par entretiens téléphoniques auprès de 10 médecins diversifiés selon leur âge, leur genre, les modalités et le lieu de leur exercice et une **enquête par questionnaire postal** adressé à tous les médecins (349), à laquelle 143 ont répondu.

En conclusion : quelle offre de médecine générale dans les Alpes ?

Approcher les territoires au niveau le plus fin de la commune

- ▶ Il n'apparaît pas de structure territoriale nette, des communes voisines pouvant avoir des profils d'activité médicale très différents du fait de leur géographie, de leur démographie et de leur fréquentation touristique.
- ▶ Du fait de ces spécificités, l'analyse doit donc être faite commune par commune. Le niveau cantonal introduit déjà un « lissage » important.
- ▶ La prise en compte des populations non permanentes montre que certaines stations alpines sont déjà en pénurie de MG. Ce sont surtout les stations de massifs de moyenne montagne et le bas des vallées de Tarentaise et Maurienne.
- ▶ Cette première approche ne prend pourtant pas en compte tous les patients ni le temps plus important que nécessitent les actes de traumatologie.

Des questions de fond sur l'organisation et sur le financement de l'offre

- ▶ La cartographie par « bassin de médecine générale » rend compte de l'offre existante (qui va évoluer, ne serait-ce que par les départs à la retraite) et non d'une répartition optimale.
- ▶ Une réflexion est à mener sur l'implantation des cabinets de médecine générale : au pied des pistes ou un peu en aval, pour desservir plusieurs stations ?
- ▶ La médecine de montagne associe deux activités : une activité de médecine générale, qui représente un service de proximité important en montagne (distances, conditions météo), et une activité de traumatologie liée aux risques d'une pratique de loisirs. Si la première relève de l'assurance maladie due à tous, la seconde ne pourrait-elle pas être financée par une contribution privée des prestataires de loisirs et d'hébergement ?



Des références et des adresses

ARS – Agence Régionale de Santé : <http://ars.rhonealpes.sante.fr/CartoSante.92758.0.html>

URPS – Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Rhône-Alpes : www.urps-med-ra.fr

Association **Médecins de Montagne** : www.mdem.org

PERIPL – Centre de ressources interrégional sur la pluriactivité et la saisonnalité www.pluriactivite.org

Pôle ressource régional saisons santé : www.saisonsante.fr

Question saison, portail d'information pour les acteurs du tourisme saisonnier en Rhône-Alpes : site Internet www.questionsaison.fr et numéro de téléphone azur : 0 810 69 00 50 (coût d'appel local).

Bibliographie :

¹ ORS Rhône-Alpes. Etude de l'offre de soins libérale dans les zones touristiques alpines de Rhône-Alpes en lien avec la saisonnalité :

Volume 1 – Etude qualitative et quantitative auprès des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes, octobre 2009, 123 p. + annexes http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Offredesoins_saisonniers_1.pdf

Volume 2 – Effets de la saisonnalité sur l'activité des médecins généralistes et la densité médicale, avril 2010, 41 p. + annexes http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Offredesoins_saisonniers_2.pdf

² Genay (V), Laperrouse (P). Six grandes familles de cantons en Rhône-Alpes. *La Lettre Analyses* n° 30. Lyon : INSEE Rhône-Alpes, 2004, 4p. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre_analyses/02030/02030_six_familles_cantons.pdf

³ URML Rhône-Alpes, Géosanté. Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes. Pour un schéma de démographie médicale. Actualisation des données 2008. URMLRA, septembre 2008, 101 p.

http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/Geosante_Synthese_Version_finale1223970825222.pdf