

# LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

MAI 2017 /// N° 17

Noémie Vergier  
et Hélène Chaput (DREES),  
en collaboration  
avec Ingrid Lefebvre-Hoang  
(DREES)

Remerciements :  
Muriel Barlet pour  
ses relectures attentives  
et les échanges féconds  
tout au long de ce travail ;  
Apolline Nguyen-Khac  
pour l'éclairage  
complémentaire  
fourni par son analyse.

## Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l'objectivation.

Tant la démographie vieillissante des médecins que les aspirations des jeunes générations concourent à une diminution probable des effectifs libéraux dans les prochaines années, ce qui fait craindre un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, qui restent limitées à l'heure actuelle.

D'après la mesure proposée, 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. Sur la période 2012-2015, on observe une légère augmentation de la population située en dessous de ce seuil, mais l'accessibilité des zones qui étaient en-dessous du seuil en 2012 s'est très légèrement améliorée.

Si l'on prend en compte les trois principaux points d'entrée du système de santé à savoir les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences, environ 0,5 % de la population cumule des difficultés d'accès aux trois. De même, les difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux services d'urgence, qui concernent respectivement 8 % et 6 % de la population, ne se cumulent que dans des cas minoritaires.



# SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

## Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?

---

Mai 2017 /// N° 17

Accès aux soins, répartition territoriale des médecins et déserts médicaux : trois notions pour un sujet.....	3
Quelques éléments de contexte .....	7
Comment mesurer l'accès spatial ? Le cas de l'accès aux médecins généralistes.....	19
« Désert médical » et cumul de difficultés .....	38
Conclusion.....	50
Bibliographie .....	52
Annexes .....	54

## Accès aux soins, répartition territoriale des médecins et déserts médicaux : trois notions pour un sujet

La question de l'accès aux soins est omniprésente dans le débat public contemporain. Les problématiques traitées sont alternativement celles de l'accès aux soins, de la répartition géographique des professionnels de santé et des « déserts médicaux ». Si ces trois points d'entrée rendent compte des mêmes inquiétudes, les termes ne sont pas stabilisés et les concepts restent peu ou insuffisamment définis : qu'est-ce que l'accès aux soins ? Qu'est-ce que serait un désert médical ?

En préambule à ce dossier, qui rassemble les principaux éléments disponibles pour objectiver les termes du débat, nous nous attardons sur ces trois expressions, prises comme autant d'outils pour préciser la question qui se pose, circonscrire le sujet tout en le réinscrivant dans une réflexion élargie.

### Accès aux soins : un concept multidimensionnel et normatif

Alternativement envisagé comme une caractéristique propre à un territoire ou à un système de santé, ou encore comme droit, l'accès aux soins semble moins se définir comme une possibilité dont on jouit que comme l'absence d'obstacles entravant la possibilité de recours : ce sont ces obstacles qu'il s'agit de recenser et d'évaluer et qui contribuent à définir l'accès aux soins par la négative.

Partant, la notion d'accès aux soins couvre *a priori* un champ extrêmement large, incluant des obstacles de natures très diverses : aspects spatiaux/physiques, contraintes économiques, considérations temporelles et organisationnelles, dimensions sociale, symbolique et culturelle – diversité que reflètent les multiples variables intégrées aux modèles économiques visant à évaluer « l'équité » de l'accès aux soins<sup>1</sup> dans un système de santé donné.

Présupposant l'identification d'obstacles, la notion d'accès aux soins pose ainsi deux questions. D'une part, il s'agit de savoir quelles réalités sont considérées comme des obstacles à l'accès, c'est-à-dire comme difficultés non légitimes, non justifiées. D'autre part, il s'agit de déterminer quel « niveau d'effort » est considéré comme acceptable pour recourir aux soins. Ces deux questions reflètent le caractère éminemment normatif de la notion d'accès aux soins : il s'agit de juger, d'évaluer, d'apprécier l'acceptable et l'inacceptable, à l'aune de valeurs sociales et politiques.

---

<sup>1</sup> Aday & Andersen (1974), Penchansky & Thomas (1981), cités par Nguyen-Khac A. (2017). L'ambition de ces modèles est d'évaluer l'équité de l'accès aux soins en étudiant l'impact de diverses variables (conditions socio-économiques, caractéristiques du système de santé) sur le recours aux soins ou sur la satisfaction des patients : les variables intégrées au modèle sont autant d'obstacles potentiels à l'accès aux soins, qui se définit alors comme la situation où ces variables n'ont pas d'impact significatif.

En outre, il n'existe pas de référence externe permettant de caractériser un « bon » ou un « mauvais » accès aux soins « en soi » : l'évaluation ne peut être que comparative – une situation sera jugée « bonne » car meilleure qu'une autre, voisine ou antérieure.

Dans un tel contexte, l'apport d'éléments objectivés se situe tant en amont du débat public, qu'il vise à alimenter, qu'au sein de celui-ci, car les choix méthodologiques incorporent nécessairement des éléments eux-mêmes normatifs (seuils, paramétrage) qui en sont partie intégrante.

### **La répartition territoriale des professionnels de santé : clef de voûte de l'accès aux soins ?**

En pratique, les études sur l'accès aux soins concernent principalement deux des aspects mentionnés ci-dessus : la dimension spatiale, envisagée sous l'angle de la répartition territoriale des professionnels de santé, et la dimension financière, considérant restes à charge et dépassements d'honoraires.

L'accès aux soins d'un point de vue spatial, qui nous intéresse ici, est en effet une dimension structurante de l'accès : la présence physique d'un professionnel de santé semble une condition nécessaire (mais non suffisante) de l'accès aux soins<sup>2</sup>. À ce titre, il semble justifié de donner de l'importance à cette dimension déterminante, devant d'autres (financière, symbolique, culturelle...).

Pour autant, la perspective de la répartition territoriale des professionnels ne suffit pas à épuiser la question de l'accès spatial aux soins de santé. En effet, les considérations spatiales (éloignement, trajet) ne sont que très peu mentionnées par les patients répondant aux enquêtes par questionnaire<sup>3</sup> menées à l'initiative de diverses instances régionales (agences régionales de santé, unions régionales des professionnels de santé) : la distance n'est pas un obstacle à l'accès aux soins mentionné par les patients. Certes, cette répartition territoriale est bien plus fréquemment visée si l'on considère que la dimension spatiale et la dimension temporelle (délais d'attente) sont deux faces d'un même problème, cette dernière étant largement plus évoquée par les patients. De ce point de vue, étudier la répartition territoriale permet d'appréhender ce problème global d'ajustement local entre offre et demande, notamment dans la mesure où les délais d'attente, second point d'entrée envisageable, sont difficiles à mesurer de façon rigoureuse et fiable<sup>4</sup> – d'autant plus à un échelon géographique fin.

De plus, l'étude de la répartition territoriale des professionnels de santé par rapport à celle de la population se concentre sur la localisation de l'offre et de la demande et n'intègre que de façon frustrante les comportements de recours et les pratiques de mobilité des patients. Du reste, ces deux sujets demeurent assez peu étudiés. On peut toutefois retenir des quelques études qualitatives sur la question (notamment Vinel et al., 2016) la diversité

<sup>2</sup> La simplicité de cette condition n'est qu'apparente, dans la mesure où juger de la présence d'un professionnel engage déjà des choix, pour juger de sa proximité (distance considérée comme « petite », taille du territoire considéré) comme de sa disponibilité (délai et contraintes organisationnelles acceptables) – cf. infra.

<sup>3</sup> Nguyen-Khac A. (2017).

<sup>4</sup> L'étude de Cash, Dupilet, Pinilo et Richard (2015) a conclu à la nécessité d'un dispositif d'enquête lourd pour obtenir des estimations fiables, au niveau national, sur les délais d'attente. Celles-ci seront disponibles prochainement suite à la première vague de l'enquête Délais d'attente de la DREES ; mais il n'est actuellement pas envisageable, en raison de la complexité du dispositif d'enquête nécessaire, de produire des résultats à des échelons géographiques suffisamment fins pour contribuer à des diagnostics locaux.

des vécus des individus selon leur situation : alors qu'une étude en termes de répartition territoriale tend à donner une image homogène de la population, du point de vue des patients la tension locale à laquelle ils sont confrontés (distance, faible disponibilité des professionnels) est une donnée à partir de laquelle ils élaborent des arrangements, construisent leurs mobilités et développent éventuellement des stratégies en fonction des ressources (financières, temporelles, mais aussi sociales et familiales) dont chacun dispose. Autrement dit, pour une même situation locale, l'accès aux soins n'est pas homogène à travers la population, et ces variations individuelles peuvent écartier (en positif ou en négatif) le vécu des patients de l'image donnée par l'étude de la répartition territoriale.

Dimension structurante de l'accès aux soins, la tension locale entre offre et demande de soins, qui résulte de la répartition territoriale des professionnels de santé, n'en est donc qu'un des aspects et ne résume que partiellement la globalité des situations individuelles.

### **Déserts médicaux : une image pour quelle réalité ?**

Néanmoins, l'évolution de cette répartition territoriale fait craindre l'apparition de « déserts médicaux », dernier terme largement usité dans le débat. Mais s'il est peut-être le plus mentionné, il est celui pour lequel le manque de définition est le plus patent. Issue du langage médiatique, cette expression s'est imposée dans le débat public mais fonctionne toujours essentiellement comme une métaphore saisissante, qui ne se réfère à aucun contenu concret : bien que le terme soit répandu, la question de ce qu'est ou serait un désert médical ne connaît pour l'heure aucune réponse consistante et partagée. Pour autant, cette expression qui, sous l'apparence de la simplicité, pose des questions de fond, appelle quelques remarques.

En premier lieu, il faut noter la conception dichotomique de l'accès aux soins qui est suggérée par la notion de « déserts médicaux » : l'expression, dans sa portée essentialiste (un territoire serait un désert médical « en soi »), suggère une différence de nature entre des territoires dans lesquels l'accès aux soins serait nul et d'autres territoires plus favorisés. Il n'y aurait donc pas de gradation dans les difficultés mais rupture. En termes méthodologiques, se pose donc (quel que soit l'indicateur retenu) la question du seuil : à partir de quand considère-t-on être dans un désert médical ? Or, ce seuil ne peut être qu'arbitraire : tout « désert médical » ne peut donc l'être que vis-à-vis de seuils qui n'ont que peu de signification « en soi ».

Par ailleurs, la notion de « désert médical » pose la question des dimensions à prendre en compte : le concept désigne-t-il le seul recours à un professionnel de santé particulier (médecin généraliste par exemple) ? Englobe-t-il la notion de l'accès aux spécialistes, à d'autres professionnels, à l'hôpital ? En outre, il semble peu pertinent de définir un « désert médical » relativement à une unique profession : l'expression invite plutôt à considérer le cumul de difficultés dans le recours à différents services de santé qui peuvent ou auraient pu se substituer les uns aux autres.

Par suite, l'éventuel contenu à donner à cette expression ne paraît ni unique, ni stable selon les contextes : on peut envisager plusieurs définitions, toutes aussi opérantes et légitimes, du « désert médical », correspondant à différentes situations de vie ou parcours de santé, ou encore à différents types de recours. À titre d'exemple, la situation de « désert

médical » que serait le fait d'avoir un très faible accès aux médecins généralistes, de se trouver très éloigné des urgences et de n'avoir aucune pharmacie à proximité, qui correspondrait à un « premier recours primordial », se distingue d'une situation de « désert médical » ressenti au quotidien par l'absence ou la très grande difficulté d'accès à plusieurs professions de santé consultées régulièrement, comme les chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes par exemple. Un troisième type de désert médical pourrait encore être proposé, concernant le second recours (cardiologie, rhumatologie, pneumologie, diabétologie, cancérologie, neurologie, etc). Ces trois exemples de définition font craindre des conséquences différentes (traitement des problèmes aigus et urgents, mauvais suivi, renoncement à donner suite à une orientation chez un spécialiste) et touchent des catégories de population de façon différenciée (le troisième type de désert médical peut être lourd d'impact pour les patients atteints de maladies chroniques, par exemple).

Ce dossier rassemble les principaux éléments disponibles pour objectiver les termes du débat : après quelques éléments de cadrage concernant la démographie des professionnels de santé, il présente une mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes et propose une identification de communes sous-denses sur le territoire français. Une dernière partie se concentre sur le cumul de plusieurs difficultés, que semble évoquer la notion de « désert médical ».

## Quelques éléments de contexte

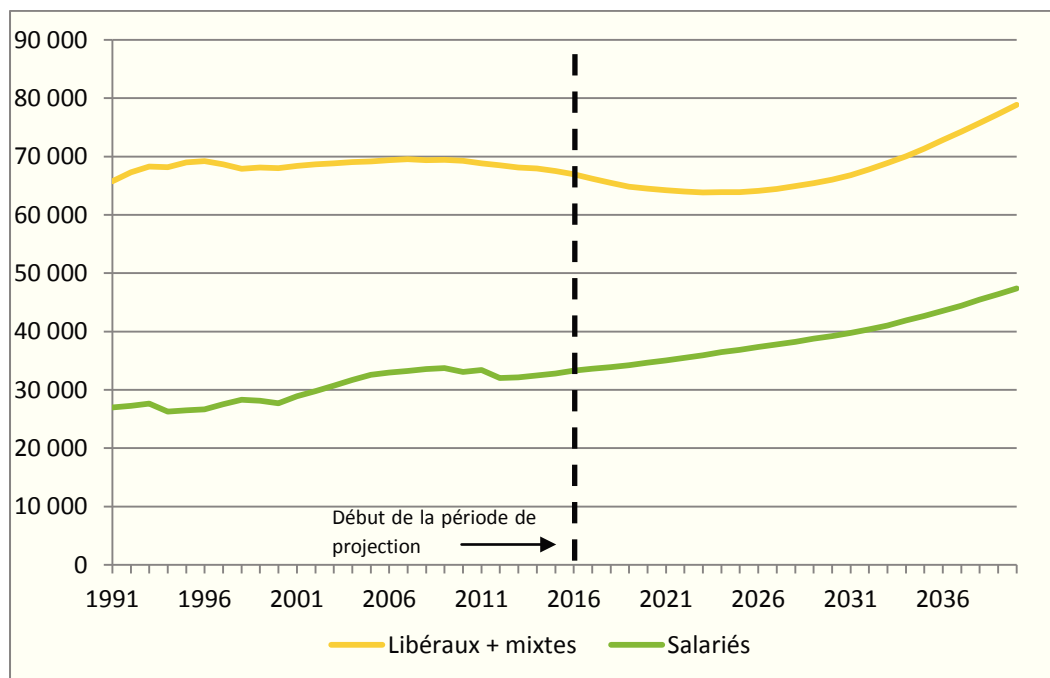
La question de l'accès spatial aux soins est de plus en plus présente dans le débat car le contexte actuel est relativement inédit. Depuis quelques années, et pour la première fois, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue. D'autres facteurs (regroupement des professionnels de santé, nouvelles attentes des jeunes médecins...) viennent de plus aggraver la crainte de la disparition d'une offre locale de soins dans certains territoires. L'actualisation du modèle de projection de la DREES apporte de nouvelles connaissances sur les évolutions qu'il est possible d'anticiper pour les années à venir. Mises en perspective avec les observations établies en termes de répartition territoriale, elles permettent de dresser un état des lieux du contexte démographique actuel.

### Démographie actuelle et à venir des médecins

#### Les médecins généralistes

Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. D'après le modèle de projection de la DREES, et donc sous la triple hypothèse de comportements identiques des médecins (en particulier s'agissant de leur choix d'exercer en libéral ou non), de législation inchangée et de non saturation de l'offre de postes salariés<sup>5</sup>, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (graphique 1). À cette date, le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes serait inférieur de 8 % à celui de 2009.

#### ➤ Graphique 1 • Évolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice



**Champ** > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte.

**Sources** > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

<sup>5</sup> Le modèle de projection suppose que les offres d'emploi de médecins salariés ne sont pas limitées, ainsi il ne tient pas compte d'une éventuelle saturation de ces offres.

En parallèle, le nombre de médecins généralistes salariés devrait poursuivre sa hausse. Parmi ceux-ci, une faible part (5,1 % de l'ensemble des salariés au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et 11,1 % des salariés non hospitaliers à la même date) exercent dans des centres de santé et peuvent donc contribuer à l'offre de soins de premier recours, mais cette part reste insuffisante pour compenser la baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux. D'autres médecins salariés, les médecins de PMI par exemple dont le nombre est en forte hausse depuis 4 ans (+43 % entre 2012 et 2016), peuvent également contribuer à l'offre de médecine générale de premier recours mais d'une manière difficilement quantifiable<sup>6</sup>.

Dans ce contexte de baisse probable du nombre de médecins généralistes de premier recours, l'accessibilité moyenne à ceux-ci va diminuer dans les prochaines années. Néanmoins, l'évolution des inégalités d'accès n'est pas complètement prévisible car elle dépend également des lieux d'installation des nouveaux médecins et des lieux de résidence de la population.

### ➤ Encadré 1 – Et la situation dans les années 1980 ?

Au début des années 1980, la répartition territoriale des médecins était tout autre que celle que l'on observe aujourd'hui. La période est marquée par des effectifs en très forte croissance : alors que la France comptait 65 191 médecins en 1971, ces derniers sont 118 000 à exercer en 1983, ce qui représente une hausse de 81 %. Bien qu'un peu plus modérée, l'augmentation du nombre de professionnels libéraux est aussi très importante : +67 % sur la période, pour arriver à 79 363 médecins libéraux en exercice en 1983.

Dans ce contexte démographique dynamique, les inégalités de répartition des médecins sur le territoire diminuent, mais à un rythme très lent. Ainsi, en 9 ans entre 1974 et 1982, la variabilité de densité entre départements a baissé de 30 % pour l'ensemble des libéraux et de 20 % chez les généralistes libéraux. En parallèle, 1 920 communes supplémentaires sont dotées d'un médecin en 1981 par rapport à 1976.

Toutefois, un très net clivage nord-sud perdure, particulièrement marqué pour les généralistes. L'arrivée de générations nombreuses de médecins dans les années 70 n'a pas globalement bouleversé les disparités géographiques de peuplement médical.

Malgré un contexte démographique beaucoup moins favorable, ces disparités géographiques ne se sont pas accrues depuis les années 1980 : concernant les généralistes libéraux, le niveau de variabilité entre densités départementales atteint en 1983 (20 %) est légèrement supérieur à celui observé aujourd'hui (16 à 18 %)<sup>7</sup>. Les inégalités actuelles entre départements sont donc moins importantes qu'à l'époque. Concernant l'ensemble des médecins (tous modes d'exercices et toutes spécialités confondues), on observe un niveau d'inégalités en 2016 semblable à celui de 1983.

De la même façon le nombre de communes équipées d'un médecin généraliste libéral est aujourd'hui plus élevé qu'il n'était dans les années 1980 (9 595 communes équipées aujourd'hui contre 8 843 en 1981).

<sup>6</sup> Le nombre d'actes n'est pas connu et la substitution peut se faire au « détriment » des pédiatres plutôt que des généralistes.

<sup>7</sup> Étant donné les évolutions des systèmes d'information, il n'est pas possible de répliquer exactement ces chiffres ; toutefois, les données du SNIIR-AM d'une part et du RPPS d'autre part nous permettent de constituer deux champs proches de celui utilisé dans l'étude de 1984.



Carte a • Densité de généralistes libéraux en 1981



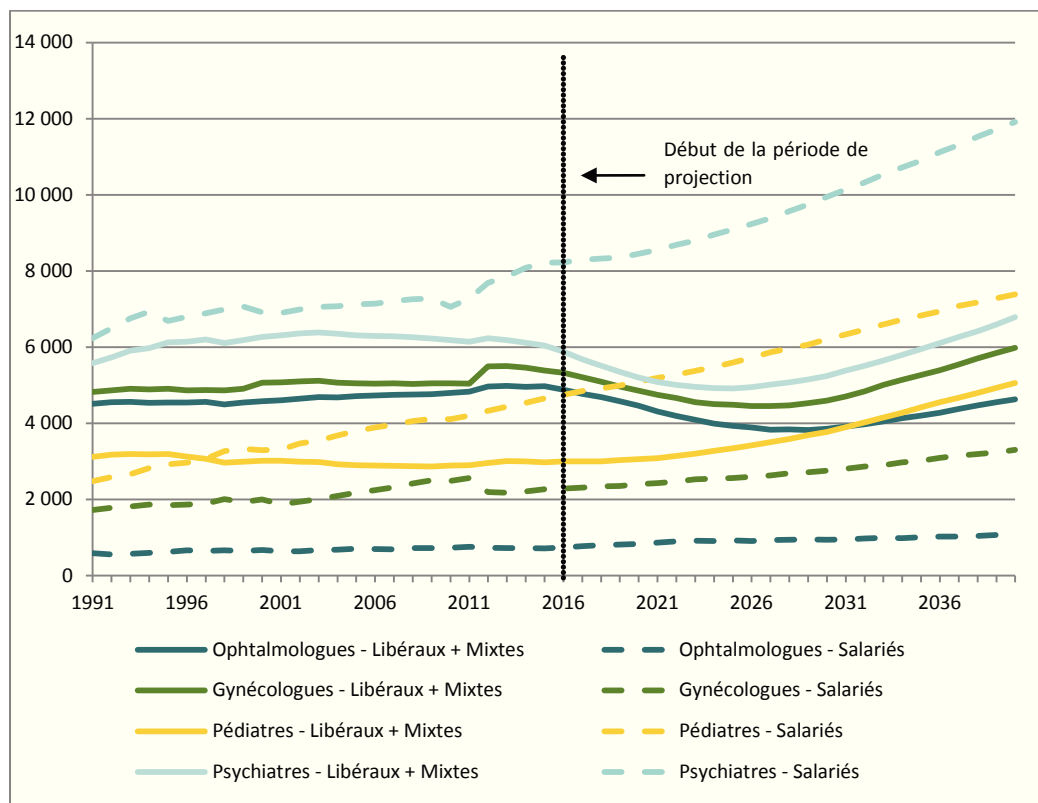
Champ > Médecins généralistes libéraux, France métropolitaine.

Source > Faure H., Tonnelier F., « Les médecins s'installent près de leur lieu d'origine », Études statistiques n°5-6, 1984.

### ***Les spécialistes en accès direct***

Le constat est globalement le même que pour les généralistes pour les spécialistes en accès direct. Le nombre d'ophtalmologues, de gynécologues et de psychiatres, libéraux ou mixtes, diminue depuis le début des années 2010 et cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 environ. Ainsi, en 2025, le nombre de ces praticiens devrait être inférieur de 18 % à 21 % à celui observé en 2012. L'évolution est un peu différente pour les pédiatres libéraux, pour lesquels le point bas est déjà atteint en 2016 : leur effectif devrait ainsi croître de 13 % entre 2012 et 2025.

➤ Graphique 2 • Évolution des effectifs de médecins spécialistes en accès direct par mode d'exercice



Champ > France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte.

Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

En parallèle, le nombre de professionnels salariés devrait augmenter continûment sur la période de projection, de manière très forte pour les psychiatres (+55 % entre 2012 et 2040) et les pédiatres (+71 % entre 2012 et 2040), de manière moins prononcée pour les gynécologues (+51 % entre 2012 et 2040) et pour les ophtalmologues (+48 % entre 2012 et 2040). Une partie de cette offre salariée peut être considérée comme relevant du premier recours, d'une part parce que les salariés hospitaliers peuvent réaliser des consultations externes, et d'autre part, parce certains de ces professionnels sont salariés par des structures relevant au moins en partie du premier recours. Ainsi, 22 % des ophtalmologues salariés exercent en centre de santé ; ils représentent plus de 80 % des salariés qui ne travaillent pas à l'hôpital. De manière similaire, les pédiatres qui exercent en centres de protection maternelle et infantile (PMI) constituent 7,2 % de l'offre pédiatrique salariée et près de 45 % de l'offre salariée non hospitalière.

Ce constat sur l'offre salariée à long terme est toutefois à tempérer, pour les généralistes comme pour les spécialistes : le modèle de projection ne pose pas de contrainte sur l'offre d'emplois salariés et l'on projette en reportant les comportements actuels des médecins, sans tenir compte de la saturation éventuelle des postes salariés et en maintenant constant le flux de médecins diplômés à l'étranger.

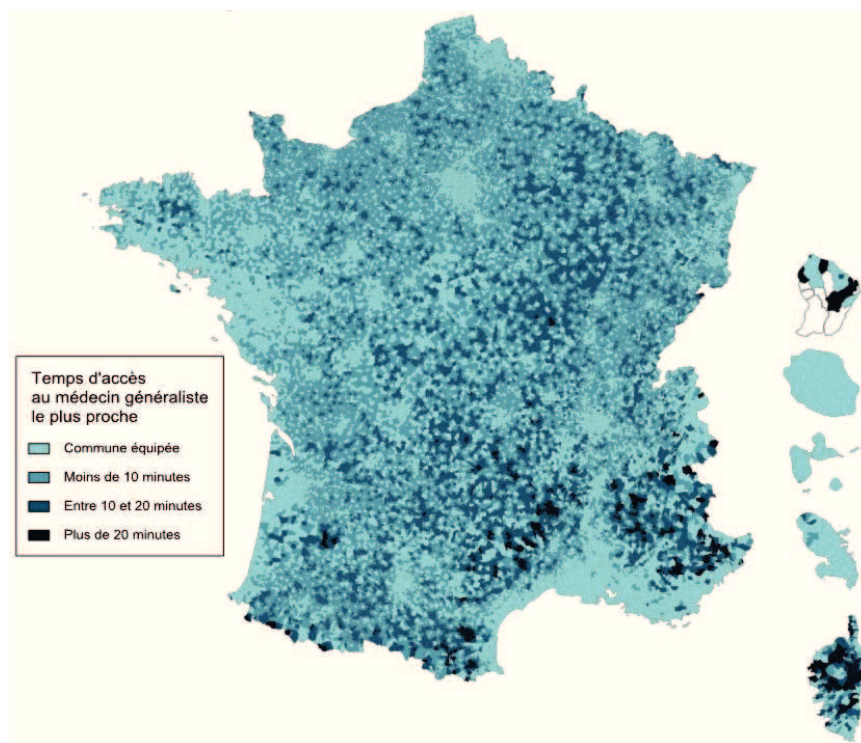
## La répartition spatiale des professionnels de santé libéraux

Au-delà de l'évolution des effectifs de médecins, l'accès spatial aux soins dépend largement de leur répartition sur le territoire. S'il est difficile d'anticiper les évolutions de celle-ci – dans la mesure où cela nécessiterait de poser des hypothèses très fines sur les installations à venir des jeunes médecins, la situation actuelle décrite ici (sur la base d'éléments déjà publiés) complète ce cadrage contextuel.

### Les médecins généralistes

Actuellement, même si des disparités existent, la répartition spatiale des médecins généralistes libéraux est relativement égalitaire en comparaison de ce qui est observé pour les autres professions de santé. En 2015, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes ; seul 0,1 % de la population (57 000 personnes environ) doit faire 20 minutes ou plus pour accéder à un généraliste.

#### ➤ Carte 1 • Temps d'accès au médecin généraliste libéral le plus proche



**Champ** > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Médecins généralistes libéraux, hors MEP.

**Sources** > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (voir infra) révèle des disparités relativement limitées par rapport aux autres professions : les 10 % des habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus forte que les 10 % des habitants des communes les moins bien dotées (tableau 1). Ces disparités sont comparables à celles observées pour les pharmacies, dont l'installation est pourtant régulée. Par ailleurs, les disparités d'accessibilité aux médecins généralistes sont davantage

liées au type d'espace (commune urbaine ou rurale, située au centre d'un pôle ou en périphérie) qu'à la région<sup>8</sup>.

➤ **Tableau 1 • Indicateurs d'inégalité d'accessibilité**

	Médecins généralistes	Pharmacies <sup>2</sup>	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres
<b>Rapport interdécile<sup>1</sup></b>	2,8	2,8	8,3	6,1	13,8	19,4
<b>Rapport interquartile<sup>1</sup></b>	1,7	1,5	2,9	2,5	3,8	4,5

1. Le rapport interdécile est le rapport entre le seuil qui délimite les 10 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 10 % pour qui elle est la plus faible. De même, le rapport interquartile est le rapport entre le seuil qui délimite les 25 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 25 % pour qui elle est la plus faible.

2. Pour les pharmacies, on ne prend pas en compte le nombre de pharmaciens travaillant dans une pharmacie donnée.

**Note** > Les calculs sont effectués en pondérant chaque commune par sa population, ce qui permet de raisonner en termes de population plutôt qu'en nombre de communes.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.

**Sources** > SNIIRAM 2013, CNAMTS, populations municipales 2011, INSEE.

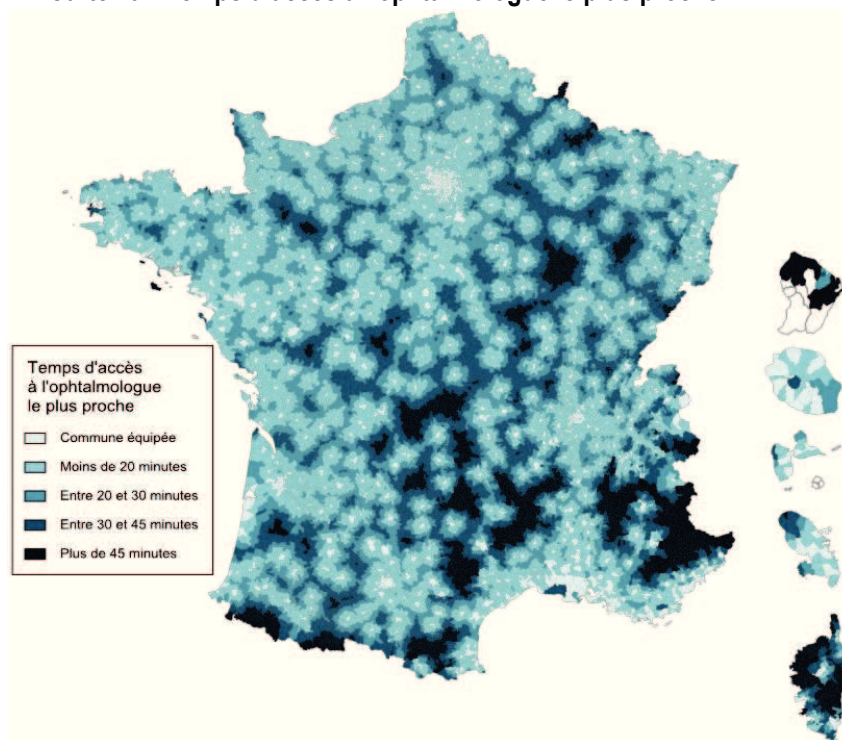
### **Les spécialistes en accès direct**

La répartition spatiale des spécialistes en accès direct est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes. Ainsi, les 10 % des communes les mieux dotées en ophtalmologues ont une accessibilité plus de 6 fois supérieure à celles les moins bien dotées ; ce rapport passe à 8 pour les gynécologues, à près de 14 pour les pédiatres et quasiment à 20 pour les psychiatres. Pour cette dernière profession, la répartition est sept fois plus inégalitaire que pour les médecins généralistes. Toutefois, comme pour les médecins généralistes, les disparités d'accessibilité sont plus liées au type d'espace qu'à la région ou au département (cartes 2a à 2d).

En 2013, entre 43 % (pédiatres) et 49 % (ophtalmologues) de la population résident dans une commune où exerce un spécialiste en accès direct. Les trois quarts de la population résident dans une commune à moins de vingt minutes du pédiatre le plus proche ; c'est 78 % de la population pour le psychiatre le plus proche, 81 % pour le gynécologue le plus proche et 85 % pour l'ophtalmologue le plus proche. Au final, 1 % de la population doit faire plus de 45 minutes pour consulter le gynécologue ou l'ophtalmologue le plus proche, 2 % de la population pour consulter en psychiatrie et 4 % de la population pour se rendre chez le pédiatre. Au total, 4,4 % de la population est à plus de 45 minutes d'au moins l'une de ces quatre professions.

<sup>8</sup> Noémie Vergier (DREES), 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, n°970, Drees, juillet.

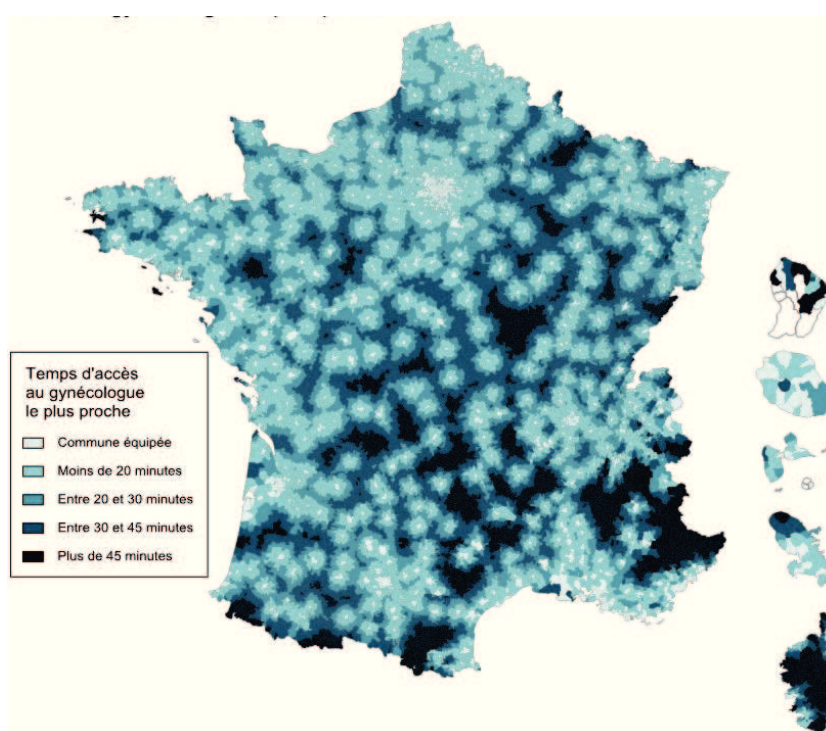
➤ Carte 2a • Temps d'accès à l'ophtalmologue le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

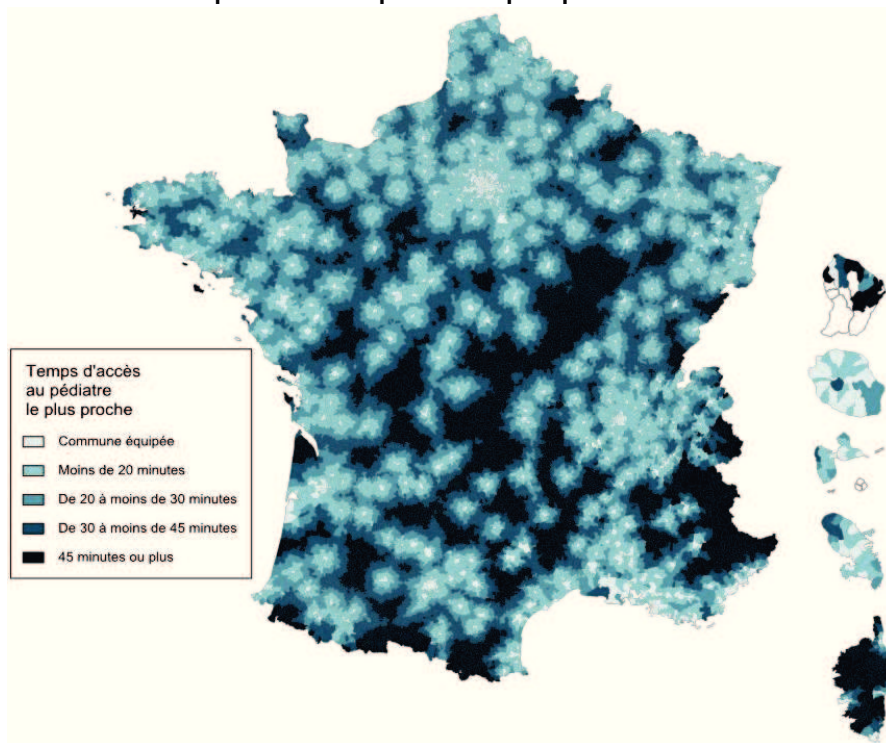
➤ Carte 2b • Temps d'accès au gynécologue le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

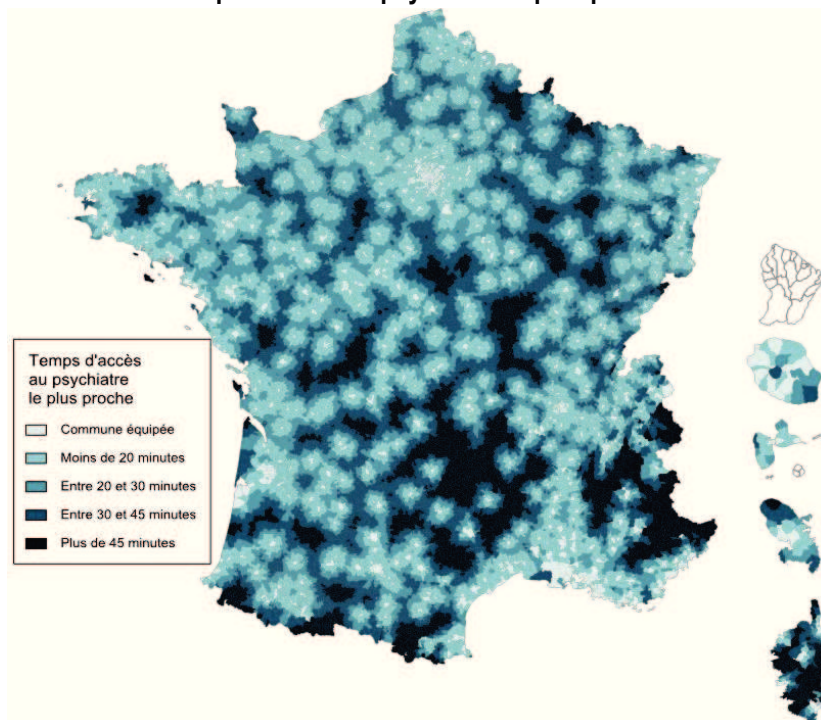
➤ Carte 2c • Temps d'accès au pédiatre le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

➤ Carte 2d • Temps d'accès au psychiatre le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

**Mais les patients consultent-ils au plus proche ?**

Afin d’optimiser les incitations à l’installation des médecins, il est également nécessaire de connaître les pratiques des patients en matière d’accès réel. Si deux tiers des patients consultent un médecin dans leur commune lorsque celle-ci est équipée, seul un tiers des patients des communes ayant une accessibilité faible aux médecins généralistes libéraux consultent le médecin le plus proche<sup>9</sup> de chez eux (tableau 2)<sup>10</sup>. Des proportions similaires sont observées pour les autres professionnels de santé étudiés qui ont pourtant des répartitions géographiques assez sensiblement différentes. Ainsi, la proximité n’est pas nécessairement l’unique critère de choix d’un médecin généraliste, en particulier lorsque l’accès à celui-ci nécessite de toute façon un déplacement en voiture.

➤ **Tableau 2 • Part des consultations dans la commune équipée la plus proche (en %)**

	Médecins généralistes ***	Masseurs-kinésithérapeutes	Ophtalmologues	Gynécologue
Patients résidant dans une commune non équipée	37	33	37	36
Patients résidant dans une commune équipée	68	66	65	60
Patients résidant dans une commune équipée à accessibilité faible *	35	33	35	37
Patients résidant dans une commune équipée à accessibilité élevée **	72	75	67	75
Ensemble des patients	63	60	51	48

\* APL deux fois inférieure à la moyenne nationale.

\*\* APL deux fois supérieure à la moyenne nationale.

\*\*\* Hors médecins à exercice particulier (MEP – acupuncteurs, homéopathes, angiologues, etc.).

**Lecture** > 63 % des consultations de généralistes sont effectuées au plus proche que le patient réside dans une commune équipée ou non. 37 % des consultations de généralistes sont effectuées au plus proche quand le patient réside dans une commune non équipée.

**Champ** > Consultations à moins de deux heures de la commune de résidence des patients ; France, 2010.

**Sources** > SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Insee, recensement de la population 2008 ; distancier Odomatrix, Inra.

<sup>9</sup> Pour les patients résidant dans une commune non équipée, on considère comme le(s) médecin(s) le(s) plus proche(s) le médecin exerçant dans la commune la plus proche de la commune de résidence. Les distances entre communes sont calculées entre les mairies respectives.

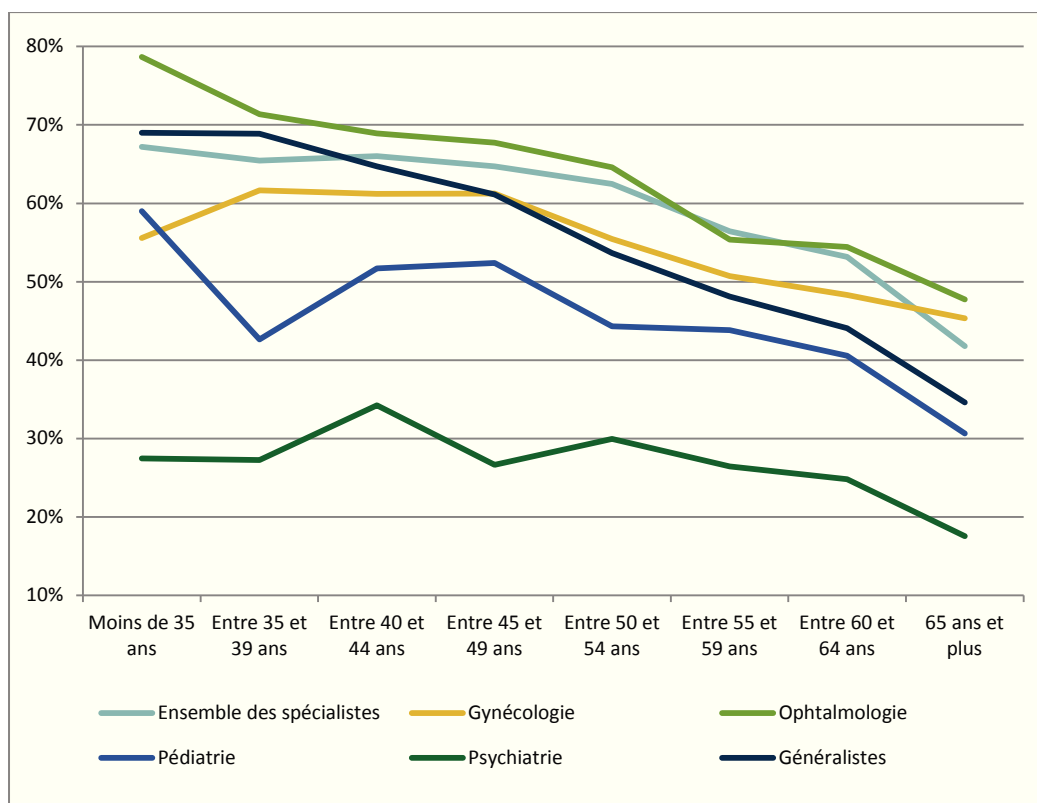
<sup>10</sup> M. Barlet, C. Collin, M. Bigard, D. Levy, 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et résultats*, n°817, Drees, octobre.

### Aspirations des jeunes médecins et répartition territoriale

Cette répartition relativement homogène pour les médecins généralistes libéraux au moins pourrait se dégrader au niveau local dans les années à venir du fait du développement de l'exercice de groupe (souhaitable par ailleurs) et de l'augmentation du nombre de médecins remplaçants. En effet, dans les deux cas, ces phénomènes n'affectent pas, toutes choses égales par ailleurs, l'offre médicale générale mais conduisent à réduire le nombre de nouvelles implantations de cabinets. Ainsi, si deux médecins de deux communes voisines se regroupent dans un seul cabinet, nécessairement le temps d'accès pour les habitants de la commune « perdant » son médecin augmentera.

En 2001, 43 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe, c'est le cas de 52 % d'entre eux en 2016 (graphique 3). Les raisons de ce développement sont multiples : l'exercice de groupe permet par exemple la mise en commun de moyens, qu'ils soient humains (secrétariat) ou matériels, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail.

➤ **Graphique 3 • Distribution de la part de médecins installés en groupe (ou société) par tranche d'âge, en 2016**



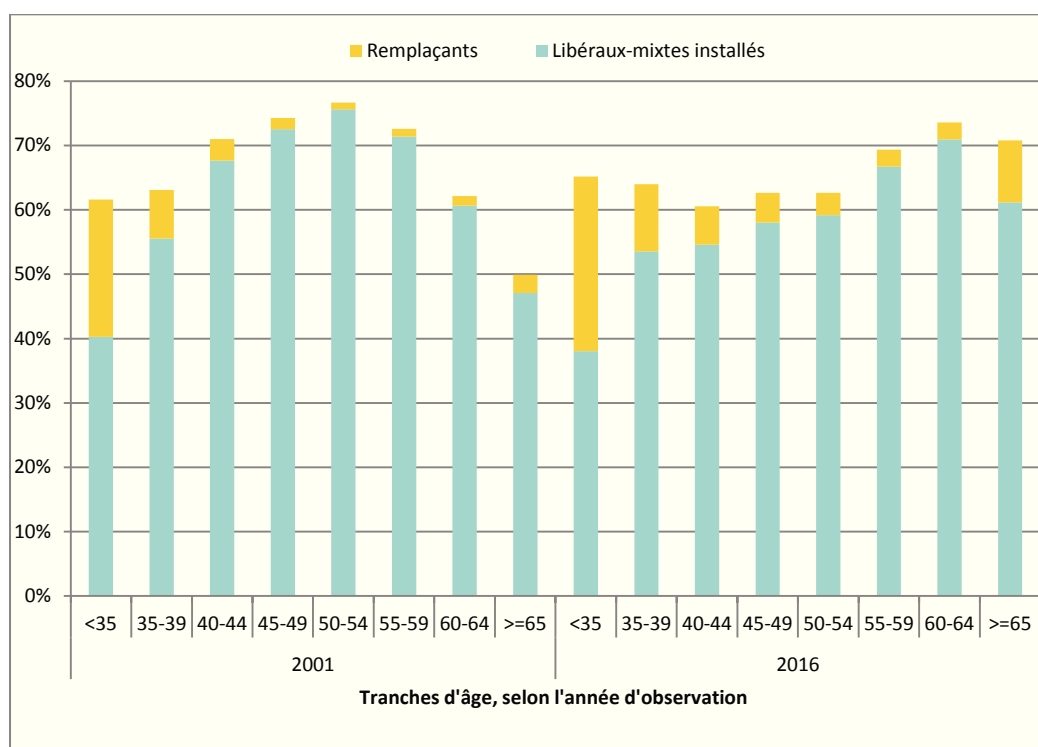
**Champ** > Ensemble des professionnels actifs libéraux, exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.

**Source** > DREES, RPPS 2016.



Par ailleurs, la part des remplaçants chez les médecins libéraux augmente, en particulier pour les jeunes (graphique 4a). Même si ceux-ci assurent une réelle offre de médecine générale, ils n'augmentent pas le nombre de « points d'accès » à ces soins. Ainsi, si les généralistes exercent presque aussi souvent en libéral aujourd'hui (67 %) qu'il y a une quinzaine d'année (70 % en 2001), le profil par âge a cependant profondément évolué sur la période : on observe une baisse conséquente de la part de généralistes de moins de 50 ans exerçant en libéral, alors qu'en 2001 le taux d'exercice croissait régulièrement avec l'âge jusqu'à 50-55 ans, il plafonne aujourd'hui plus rapidement et à un niveau plus bas.

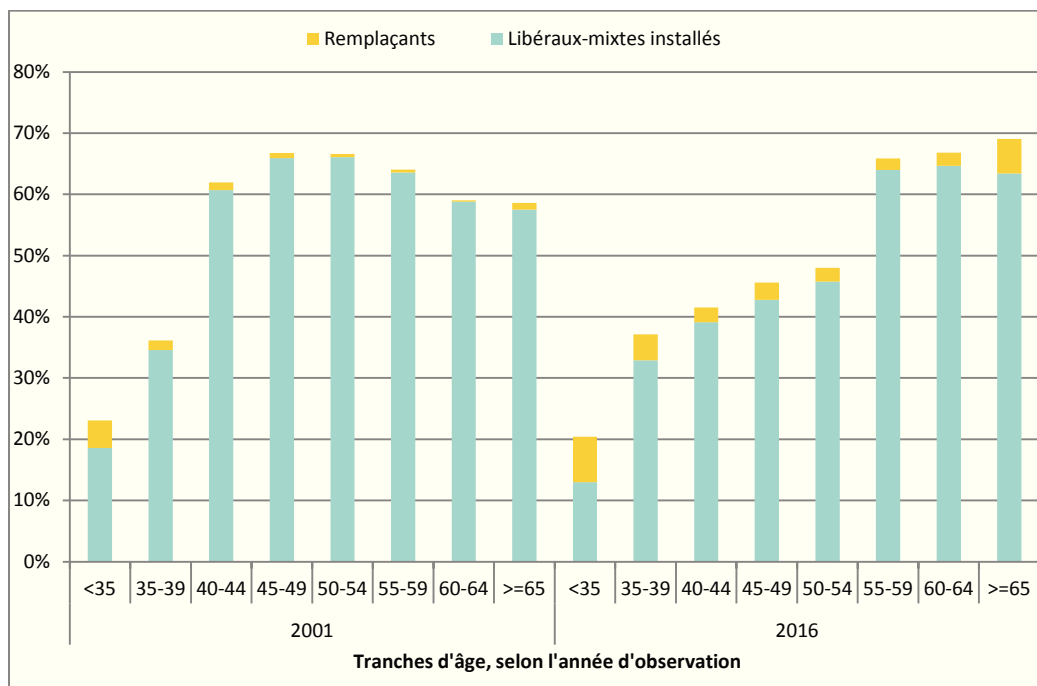
➤ **Graphique 4a • Part des généralistes, libéraux installés et remplaçants, parmi l'ensemble, selon l'âge et l'année d'observation**



**Champ** > Ensemble des médecins généralistes actifs, au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.  
**Source** > DREES, Adeli 2001, RPPS 2016.

Pour les spécialistes en accès direct, bien que la proportion de remplaçants reste bien moindre que chez les généralistes, elle a fortement augmenté entre 2001 et 2016, quelle que soit la tranche d'âge considérée. En même temps, la part de l'exercice libéral a fortement diminué aux âges les plus jeunes ; elle ne retrouve son niveau de 2001 qu'au-delà de 55 ans.

➤ Graphique 4b • Part des spécialistes en accès direct, libéraux installés et remplaçants, parmi l'ensemble, selon l'âge et l'année d'observation



**Champ** > Ensemble des médecins spécialistes en accès direct (gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres) actifs, au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.

**Source** > DREES, Adeli 2001, RPPS 2016.

En résumé, si la répartition des médecins généralistes est aujourd’hui globalement aussi homogène que celle des pharmaciens qui constitue une référence puisque leur installation est régulée, cette situation pourrait se dégrader dans les prochaines années du fait de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux, de l’augmentation du nombre de remplaçants et du renforcement de l’exercice de groupe. Il est donc primordial de définir une mesure objective des « déserts médicaux » afin de suivre finement leur évolution et de cibler les actions sur les territoires les plus fragiles.

## Comment mesurer l'accès spatial ? Le cas de l'accès aux médecins généralistes

Nous adoptons dans un premier temps une vision « par profession » de l'accessibilité pour présenter une mesure aussi complète que possible de l'accès spatial à une profession. Cette vision « par profession » n'est bien sûr pas suffisante, mais déterminer une juste mesure de l'accès à un type de professionnel est un préalable nécessaire à l'établissement de toute mesure plus complète.

D'autres publications (bibliographie) détaillent la méthodologie suivie pour élaborer cet indicateur, ainsi que sa généalogie académique. Nous centrons ici le propos sur une présentation à but pédagogique et illustratif, qui répond à l'utilisation croissante de cet indicateur au-delà des milieux académiques et statistiques. Cette présentation porte par ailleurs sur une nouvelle version de l'indicateur, qui retient des paramètres réajustés par rapport à ceux retenus lors de la première élaboration de l'indicateur en 2012.

Nous nous centrons ici sur la profession de médecin généraliste, que nous prenons à la fois comme exemple et comme sujet d'attention particulière, car constituant le point d'entrée central dans le système de santé. Pour autant, les raisonnements présentés dans cette partie peuvent s'appliquer à bien d'autres professions de santé : la DREES publie actuellement l'indicateur pour dix professions<sup>11</sup>.

### Les éléments à prendre en compte

Il est possible d'approcher la plus ou moins grande facilité à accéder à un professionnel de santé par de multiples éléments : quelle distance minimale faut-il parcourir pour se rendre chez le médecin généraliste ? Quel temps faut-il pour parcourir cette distance ? Les médecins généralistes qui sont physiquement accessibles sont-ils disponibles ou font-ils face à une demande trop importante ? Combien de temps faut-il attendre pour obtenir un rendez-vous ?

Ces différents éléments, qui reflètent différentes facettes des difficultés d'accès aux soins, invitent à utiliser des indicateurs statistiques variés et complémentaires, qui possèdent chacun leurs intérêts comme leurs limites.

### *Proximité de l'offre de soins : le temps d'accès au professionnel le plus proche*

Les indicateurs de temps d'accès au plus proche professionnel fournissent une information immédiatement parlante, fondamentale du point de vue de l'accessibilité physique, facilement compréhensible et manipulable par les acteurs (décideurs, représentants de la société civile, syndicats, etc.). Les outils disponibles permettent d'obtenir des données tenant compte à la fois de la géographie physique et du réseau routier.

Pour autant, ces indicateurs ne fournissent qu'une information rudimentaire : premièrement, dire qu'un médecin généraliste se trouve à moins de 10 minutes ne permet

<sup>11</sup> Ces professions sont : les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les gynécologues, les ophtalmologues, les pédiatres, les psychiatres, les sages-femmes et les pharmacies. De la même façon que pour les médecins généralistes, l'indicateur est en cours de révision pour plusieurs professions. Ces nouvelles versions seront publiées sur le site Internet de la DREES au fur et à mesure.

pas de savoir si on accède à un ou plusieurs médecin(s) généraliste(s) ; deuxièmement, cela ne renseigne aucunement sur la disponibilité effective du médecin, disponibilité qui dépend de la demande qui s'adresse à lui. Le temps d'accès au professionnel le plus proche est donc un élément structurant à prendre en compte mais qui n'apporte qu'une information limitée.

Dans le cas de l'accès aux médecins généralistes, cet indicateur est d'autant plus pauvre qu'il est faiblement discriminant entre les territoires : en France, en 2015, la quasi-totalité de la population (98 %) réside dans une commune située à moins de 10 minutes en voiture d'un médecin généraliste (*cf. supra*).

#### **Disponibilité de l'offre de soins : la tension entre offre et demande**

Au-delà du critère de proximité, la disponibilité de l'offre de soins présente sur un territoire est une dimension fondamentale à prendre en compte. Les indicateurs de densité médicale apparaissent pertinents : ils rapportent, sur un territoire donné, le nombre de médecins au nombre de patients, ce qui permet de renseigner la couverture médicale de ce territoire. Cet indicateur, simple de calcul comme d'utilisation, reflète ainsi la dotation globale d'un territoire, mais il pâtit d'un double biais lié à l'échelon auquel il est calculé.

#### **Biais d'uniformisation : les différences à l'intérieur du territoire sont masquées**

Calculer une densité suppose de choisir un territoire (par exemple une région) sur lequel il s'agira de comptabiliser médecins et patients. L'indicateur de densité donnera un chiffre global pour l'ensemble de la région, ce qui signifie qu'il ne retranscrira pas les inégalités d'accès aux soins internes à cette région. Cela peut *in fine* conduire à une lecture biaisée de la réalité : en l'occurrence, les différences d'accès aux soins à l'intérieur des régions, liées notamment au type d'espaces (urbain, périurbain, rural) sont globalement plus importantes que les différences constatées entre les régions<sup>12</sup>.

Ce biais est d'autant plus problématique que la maille choisie (région, département, ...) est de grande taille, l'effet de lissage étant alors plus fort. Pour une petite maille en revanche, l'approximation selon laquelle tous les habitants du territoire sont dans la même situation devient acceptable.

#### **Effet frontière : ne pas considérer les échanges entre territoires produit une image trop contrastée de la réalité**

Le choix d'une maille plus petite fait, lui, intervenir un second biais. En effet, la densité est calculée sur un territoire sans se préoccuper des territoires environnants : on fait implicitement l'hypothèse qu'échanges et mobilités entre le territoire considéré et les territoires voisins sont inexistantes. Les frontières (administratives) du territoire sont donc artificiellement « fermées » quand bien même, en réalité, les habitants les traversent au quotidien. C'est une approximation acceptable pour de grandes mailles, mais qui devient gênante pour des mailles de petite taille (commune par exemple) : l'habitant d'une commune non équipée en médecin généraliste peut ne pas avoir de difficulté d'accessibilité si la commune voisine en est équipée ; inversement, l'habitant d'une commune équipée de médecins généralistes mais entourée de communes non équipées

<sup>12</sup> Vergier N., 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, n°970, juillet.

pourra avoir des difficultés d'accès, si les médecins de sa commune peinent à répondre à la demande environnante. C'est pourquoi les densités calculées sur des mailles trop petites donnent une image artificiellement contrastée de la réalité.

***Proximité et disponibilité ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accessibilité***

Outre la proximité et la disponibilité, d'autres dimensions influent sur l'accessibilité aux soins et doivent être considérées pour juger de la situation d'un territoire. En premier lieu, au-delà des effectifs de médecins, leur niveau d'activité doit être pris en compte : en effet, les médecins généralistes qui fournissent l'offre de soins de ville sont en grande partie libéraux. Quelques uns d'entre eux ont un exercice mixte (en partie salarial) ou possèdent plusieurs cabinets. Plus fondamentalement, étant libéral, chaque médecin détermine son niveau d'activité selon ses choix et contraintes propres. Le nombre de cabinets ouverts dans une commune ne suffit donc pas à connaître l'offre de soins qui y est fournie, puisque ces cabinets peuvent avoir des plages d'ouverture et une activité plus ou moins grandes. Toutefois, la prise en compte du niveau d'activité doit être prudente dans le sens où le manque de médecins dans un territoire peut conduire à la suractivité des médecins présents, qui fournissent en ce cas une activité partiellement contrainte.

Par ailleurs, étant donné la démographie vieillissante des médecins généralistes<sup>13</sup>, l'âge des médecins exerçant sur un territoire est un critère central qui permet de juger de la fragilité à moyen ou long terme de l'offre de soins locale.

Enfin, comptabiliser la population de patients ne suffit pas, puisque selon ses caractéristiques, cette population aura un plus ou moins grand besoin de soins, qui impactera la disponibilité des médecins. On peut ainsi tenir compte de l'âge, déterminant majeur des besoins de soins, mais aussi envisager la prise en compte d'indicateurs locaux d'état de santé ou de précarité.

**Le choix de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)**

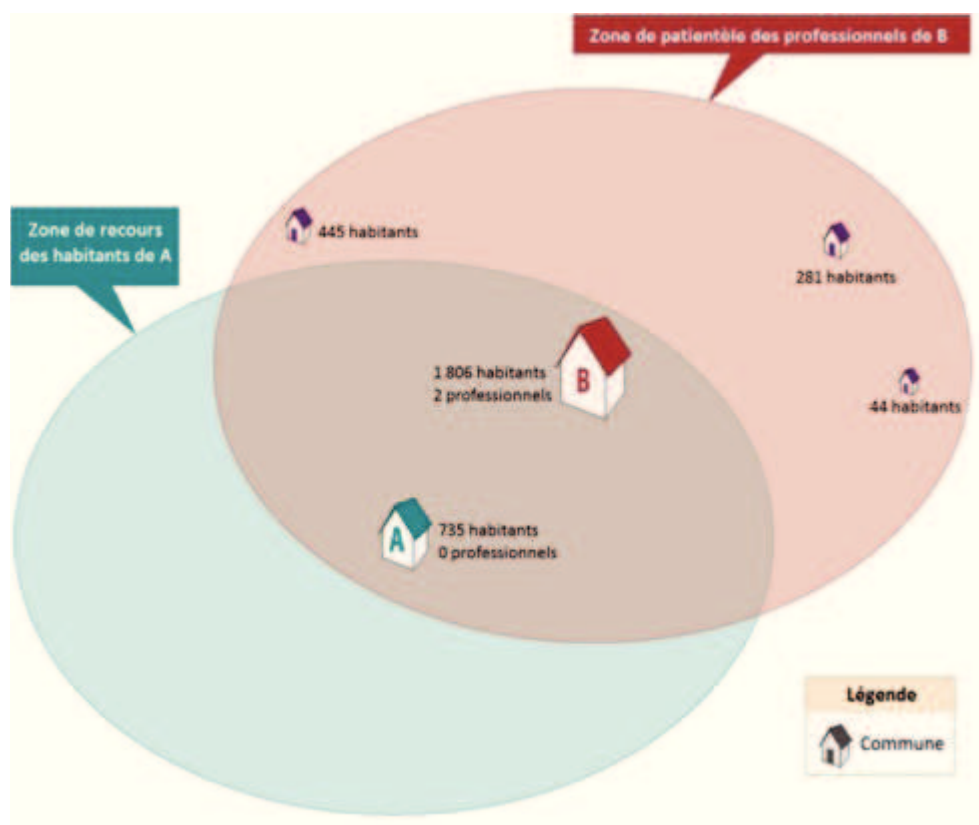
La DREES et l'Irdes ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis par plusieurs ARS pour définir leurs zones fragiles et sa pertinence est désormais reconnue.

L'indicateur d'APL peut être synthétisé ainsi. Un patient a dans son entourage plusieurs médecins accessibles (zone de recours, voir illustration). Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter (patients de sa zone de patientèle). Pour la plupart des médecins, ce nombre est égal au

<sup>13</sup> Sous la direction de Muriel Barlet et Claire Marbot, 2016, « Portrait des professionnels de santé – édition 2016 », Collection Panoramas de la Drees – Santé, avril, 160 p.

nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par leur âge (pour tenir compte des besoins de soins différenciés en fonction de l'âge) et par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations/visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant.

➤ **Illustration 1 • Exemple de zone de patientèle et zone de recours**



Jusqu'à présent, l'accessibilité potentielle localisée était exprimée en ETP (équivalents temps plein) de médecins par habitant. Cette unité n'est toutefois pas facile à appréhender. Aussi, dans cette publication, l'accessibilité est exprimée en nombre annuel de consultations/visites par habitant, ce qui est plus parlant. Cette transformation correspond uniquement à la prise en compte directe du nombre d'actes annuel réalisés par les médecins en lieu et place de l'estimation d'équivalents temps plein à partir de ce même nombre d'actes. L'activité réelle est ainsi comptabilisée de manière plus précise qu'auparavant et sans avoir à poser de normes de conversion.

**Paramétrage de l'indicateur APL retenu**

L'APL est un indicateur paramétrable (choix des médecins pris en compte, choix des seuils de distance, norme de quantification de l'activité, pondération des patients en fonction de

leur âge...). Ces paramètres peuvent modifier assez sensiblement les résultats obtenus<sup>14</sup>. Les paramètres retenus dans la suite de cette publication ne sont pas ceux des publications antérieures de la DREES (qui résultaient d'observations statistiques) mais ceux choisis dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et réunissant la CNAMTS, le Secrétariat général du ministère des Affaires sociales et de la Santé, la DREES, l'IRDES, le CGET et plusieurs ARS : ils font donc l'objet d'un large consensus.

### Médecins pris en compte

Les médecins sont repérés à partir des données de l'assurance maladie, afin de pouvoir tenir compte de leur nombre d'actes. Sont pris en compte, parmi les **médecins généralistes libéraux**, les omnipraticiens et les médecins à exercice particulier suivants : homéopathes, acupuncteurs, gériatres et médecine physique. Les autres médecins à exercice particulier (allergologues par exemple) ne sont pas pris en compte car ils sont rarement médecin traitant et la plus grande partie de leur activité ne correspond pas à des soins de premier recours. L'activité des médecins est répartie sur leur cabinet primaire et leur cabinet secondaire, le cas échéant.

Les consultations effectuées dans les **centres de santé** sont également comptabilisées. Un peu plus de 1 700 médecins généralistes y exercent au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ; ce nombre a augmenté de plus de 20 % entre 2013 et 2016. Toutefois, l'activité de ces centres reste réduite : ils ne représentent en 2015 qu'environ 1,2 % de l'activité totale de médecine générale (libérale et centre de santé), avec près de 3,3 millions de consultations et visites réalisées durant l'année.

L'activité des **remplaçants** est prise en compte, de manière agrégée à celle des médecins remplacés, car elle n'en est pas dissociable dans les données.

L'offre de **consultations externes de médecine générale** proposée par les hôpitaux n'est pas prise en compte dans cette version de l'indicateur : un peu moins de 3,68 millions d'actes (soit 1,3% de l'offre de médecine générale) ne sont ainsi pas pris en compte dans l'offre de soins comptabilisée ici.

L'indicateur est calculé pour l'année 2015 : les médecins retenus ont effectué au moins 250 actes en 2015 (en dessous de ce seuil, l'activité est considérée comme étant insuffisante pour être prise en compte). Cela conduit à l'exclusion de 2 523 médecins réalisant près de 167 150 actes (soit 66 consultations et visites en moyenne réalisées en 2015) et de 236 centres de santé (30 % des centres de santé, mais qui n'ont réalisé que 4 895 consultations et visites en 2015, soit une moyenne de 20 par centre de santé).

Les médecins sont pris en compte quel que soit leur âge car il s'agit de donner un état de la situation à l'instant t. Dans une vision prospective, il est possible d'intégrer une borne d'âge, ce qui permet d'anticiper les cessations d'activité et donc les zones qui deviendront fragiles à court terme. Les médecins exerçant en secteur 2 (5 % des médecins généralistes)

<sup>14</sup> Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M., 2016, « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », Document de travail, IRDES, n° 70, février.

sont pris en compte dans les calculs, sans restriction. Mais il serait possible de les exclure pour avoir une vision de l'accessibilité tenant compte de la dimension financière.

### Seuils de distance

Les seuils de distance permettent de déterminer les zones de patientèle et de recours. Un médecin est considéré comme accessible, au moins en partie, jusqu'à 20 minutes en voiture, qui constitue donc ici la distance maximale que l'on considère comme « acceptable » pour recourir à son médecin<sup>15</sup>. Néanmoins pour tenir compte du fait qu'il est pénalisant de devoir parcourir une distance plus grande pour accéder à son médecin, des seuils intermédiaires sont ajoutés. Entre 0 (c'est-à-dire au sein de la commune de résidence car seules les distances de mairie à mairie sont calculées) et 10 minutes de voiture, la distance n'a pas d'impact sur l'accessibilité. En revanche, avoir 3 consultations accessibles à 15 minutes de chez soi est considéré comme équivalent à avoir 2 consultations dans sa commune de résidence. De même, avoir 3 consultations accessibles à 20 minutes est équivalent à avoir 1 consultation accessible dans sa commune de résidence (tableau 3).

➤ **Tableau 3 • Seuils de distance pour les zones de patientèle et de recours**

Distance entre les communes A et B	Nombre de consultations accessibles en A pour les habitants de B, si trois consultations sont disponibles en A
Moins de 10 minutes	3
Entre 10 et 15 minutes	2
Entre 15 et 20 minutes	1
Plus de 20 minutes	0

**Note de lecture** > Si les communes A et B sont à moins de 10 minutes l'une de l'autre les trois consultations disponibles en A sont entièrement accessibles aux habitants de B ; en revanche, s'il faut entre 10 et 15 minutes pour aller de B à A, on considère que seules 2 des 3 consultations de A sont accessibles pour les habitants de B.

Cette fonction de décroissance avec la distance a été choisie en concertation avec l'ensemble des membres du groupe de travail. Elle résulte d'une convention et relâche quelque peu la contrainte imposée dans la version de l'APL utilisée jusqu'ici par la DREES (où la distance maximale d'accessibilité était fixée à 15 minutes).

Considérer l'accessibilité comme parfaite entre 0 et 10 minutes est un moyen de ne pas considérer que les regroupements de médecins sont pénalisants pour l'accessibilité de la population, tant que ces regroupements se font sur des temps de trajets inférieurs à 10 minutes.

### Prise en compte de l'activité des médecins

En vue de tenir compte de l'activité réelle de chaque praticien, qui peut varier pour diverses raisons (exercice mixte, cycle de vie, préférences personnelles par exemple), l'offre comptabilisée dans l'APL ne résulte pas seulement du décompte des cabinets de médecine générale mais aussi, pour chacun d'eux, du décompte du nombre de consultations et visites (appelé par la suite « nombre d'actes ») réalisées sur une année.

<sup>15</sup> Les temps de parcours utilisés ici sont issus du distancier Metric produit par l'Insee. Ce distancier tient compte notamment du réseau routier existant, des différents types de route, de la sinuosité et de l'altimétrie.



Cependant, au-delà d'un certain niveau, les actes réalisés par les médecins ne sont pas pris en compte. En effet, dans les zones très peu dotées, les médecins peuvent effectuer un grand nombre d'actes pour compenser la faiblesse de l'offre de soins. Cette situation d'activité tendue ne paraît pas souhaitable dans la durée ; prendre en compte tous les actes, y compris au-delà d'un certain seuil haut, reviendrait à considérer l'offre disponible comme plus importante que ce qu'elle devrait être s'il y avait un nombre suffisant de professionnels. Dans cette situation, tenir compte de tous les actes conduit à amoindrir les mesures de difficultés d'accès. Ainsi, le nombre d'actes que peut proposer un médecin est plafonné dans le calcul de l'APL à 6 000 : 14 771 cabinets sont concernés par ce plafonnement ; on ramène leur activité réelle, plus de 117 millions de consultations ou visites, à environ 89 millions de consultations ou visites ; cet écrêtement représente environ 10 % de l'offre globale de médecine générale. *A contrario*, un nombre minimal d'actes est fixé à 3 600 pour les cabinets principaux. Cette borne inférieure a pour objectif d'éviter de décrire comme fragile la situation de territoires où exercent des médecins dont l'activité est inférieure à ce niveau : 17 552 cabinets sont concernés par cette borne inférieure. On ramène leur activité réelle, environ 40 millions de consultations ou visites, à environ 63 millions d'actes. Ce relèvement représente environ 8 % de l'offre globale de médecine générale. Finalement, l'offre de soins des médecins déjà installés au 1<sup>er</sup> janvier 2015 prise en compte est donc égale au nombre d'actes qu'ils ont effectivement réalisé (y compris ceux réalisés par leur remplaçant, qui ne peuvent pas être distingués) si elle est comprise entre 3600 et 6000 actes, à l'une de ces bornes sinon.

Par ailleurs, dans le cas des cabinets ouverts au cours de l'année 2015, on définit une équivalence pour estimer le nombre d'actes correspondant à un temps plein. Pour tenir compte du fait qu'on ne peut pas observer l'offre réelle de ces cabinets (ouverts une partie de l'année seulement), on considère, par convention, qu'ils effectuent 5 400 actes dans l'année : cela correspond à une consultation toutes les 20 minutes, 8 heures par jour, 5 jours par semaine, 45 semaines par an) : 2 629 cas ont été traités de la sorte.

### Prise en compte de la demande de soins

Les besoins de recours à un médecin généraliste varient notamment en fonction de l'âge. Pour tenir compte de ces variations, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge : environ 1 pour les 50-54 ans<sup>16</sup>, 0,74 pour les 25-29 ans, 1,9 pour les 75-79 ans... Ainsi l'APL prend en compte la répartition par âge de la population. Dans une situation théorique de deux communes faisant face à la même offre de soins mais ayant des populations respectivement « jeunes » et « âgées », l'APL de la commune ayant la population la plus jeune sera supérieure car les besoins de cette population jeune sont moindres que ceux d'une population âgée. La disponibilité des médecins dans le cas de la commune « âgée » sera pénalisée par les plus grands besoins de la population et donc l'APL sera moindre. **Ainsi, l'APL rend comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents : il n'y a donc plus lieu de tenir compte ultérieurement de ces différences.**

<sup>16</sup> Ce poids proche de 1 traduit le fait qu'en moyenne, un assuré de la tranche d'âge 50-54 ans a une consommation de soins en médecine générale proche de la consommation moyenne par habitant (tous âges confondus). De façon similaire, un poids proche de 2 traduit le fait que les assurés de 75 à 79 ans consomment en moyenne deux fois plus de soins de médecine générale qu'un assuré moyen.

L'APL ne tient pas compte à ce stade des différences d'état de santé de la population, au-delà de la structure d'âge. Elle ne tient pas compte non plus ici des différences de niveau socio-économique de la population. Des variantes ont été testées pour mesurer l'impact de la prise en compte du nombre de bénéficiaires de la CMUC ; il reste limité.

#### **Autres paramètres**

Pour des questions de disponibilité des données, l'indicateur est calculé pour la France entière hors Mayotte.

#### **Identifier et caractériser les communes sous-denses**

##### ***Population vivant dans une commune sous-dense***

Ainsi mesurée, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux est de 4,11 consultations<sup>17</sup> par habitant et par an en 2015. La médiane est très légèrement inférieure (4,07 C/hab/an). Un quart de la population a accès à moins de 3,22 C/hab/an tandis qu'un quart a accès à plus de 4,90 C/hab/an ; le quart des habitants les mieux dotés ont donc une accessibilité 1,5 fois meilleure que le quart des habitants les moins bien dotés.

À partir de cette mesure et sachant qu'en moyenne 22 % des assurés du régime général ne consultent pas dans l'année (graphique 5), plusieurs seuils d'accessibilité peuvent être retenus pour caractériser une commune comme « sous-dense » ; quatre ont été testés (le premier ayant une vocation essentiellement pédagogique sera peu commenté par la suite) :

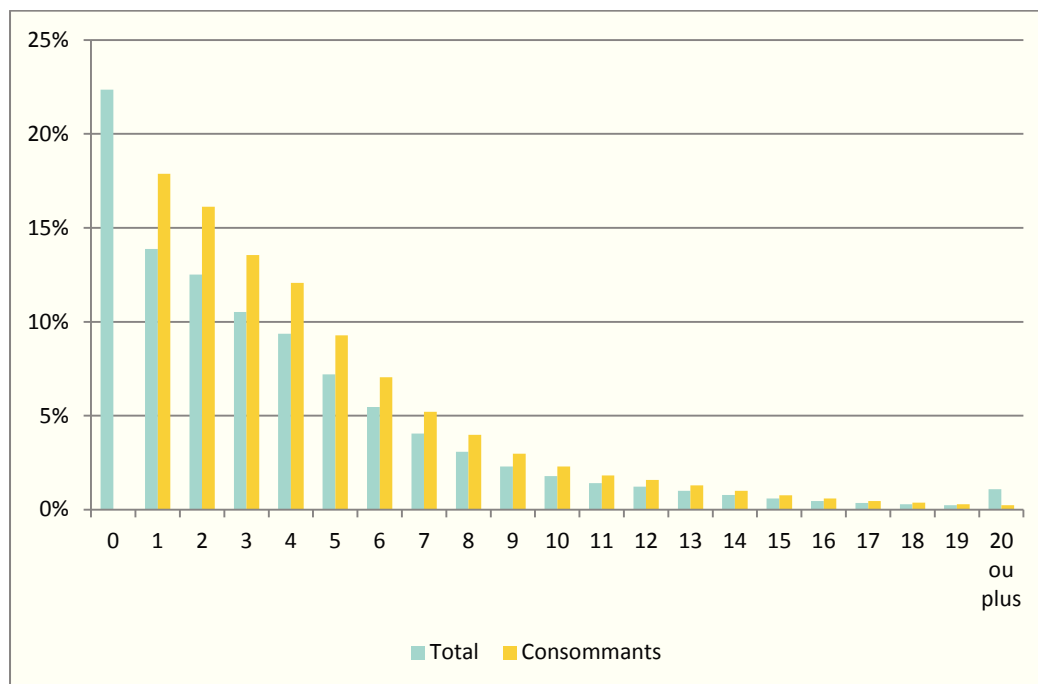
- APL inférieure à 1 consultation par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant ;
- APL inférieure à 3 consultations par an et par habitant.

En considérant le seuil le plus exigeant (accessibilité aux médecins généralistes ne garantissant pas 3 consultations par an et par habitant), 18,4 % de la population résident dans une commune que l'on qualifierait de sous-dense en 2015 ; cette part est de 2,9 % en utilisant le seuil à 2 consultations par an et par habitant et elle passe à 8,1 % avec le seuil à 2,5 consultations (tableau 4). Alors que sur l'ensemble du territoire, 1,4 % de l'accessibilité est due à des centres de santé, cette part est légèrement moins importante dans les communes sous-denses aux seuils les plus restrictifs.

---

<sup>17</sup> Par souci de simplicité, nous exprimons les APL en *consultations par habitant et par an (C/hab/an)*, étant entendu que l'unité rigoureusement exprimée est le *nombre de consultations et visites accessibles par habitant standardisé et par an*.

➤ **Graphique 5 • Distribution du nombre de consultations chez le généraliste pour les assurés du régime général, en 2014**



**Note de lecture** > 22 % des assurés du champ ne consultent pas dans l'année ; les personnes qui consultent une fois représentent 13,9 % des assurés du champ et 17,9 % des consommateurs.

**Champ** > Assurés du régime général au moins un jour dans l'année, prestations en date de soins, cotées C, CS, V ou VS, assurées par des omnipraticiens exerçant en libéral.

**Sources** > CNAMTS, EGB 2014, calculs DREES.

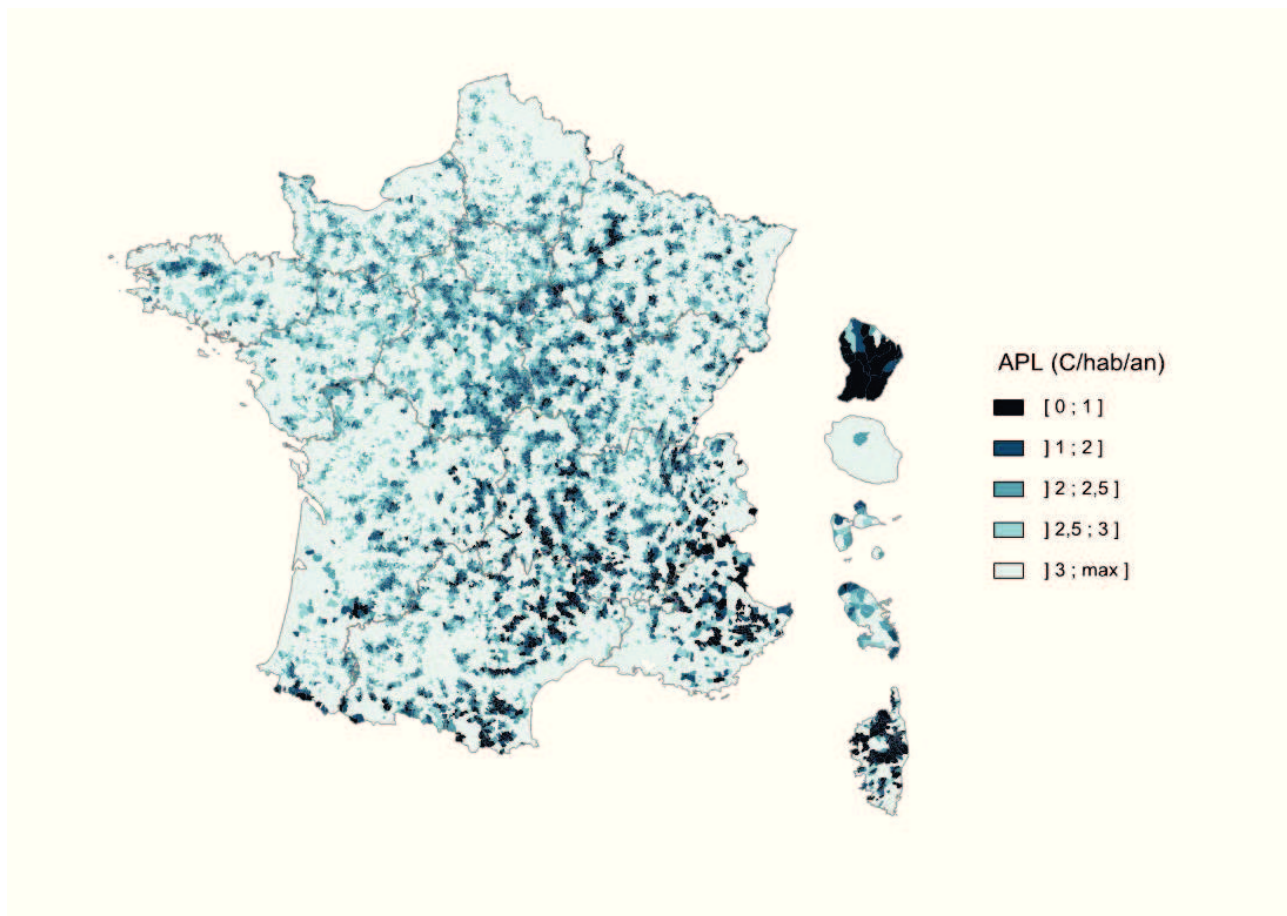
➤ **Tableau 4 • Nombre de communes et part de population vivant dans une commune sous-dense, selon le seuil retenu**

Seuil	Nombre de communes dont l'APL est inférieure au seuil	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part d'accessibilité due aux centres de santé
APL < 1 consultation / an / hab.	1 182	267 694	0,4 %	0,9 %
APL < 2 consultations / an / hab.	4 682	1 890 633	2,9 %	0,9 %
APL < 2,5 consultations / an / hab.	8 919	5 291 458	8,1 %	1,4 %
APL < 3 consultations / an / hab.	15 001	12 061 120	18,4 %	1,3 %

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

➤ Carte 3 • Communes sous-denses selon le seuil retenu



**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

Les constats présentés par la suite, caractérisant les communes sous-denses, sont maintenus quel que soit le seuil de sous-densité retenu. Les résultats sont donc présentés ici uniquement pour le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. Les résultats obtenus en considérant les autres seuils sont présentés en annexe 1.

Les communes sous-denses ne sont pas réparties équitablement sur le territoire, mais, quel que soit le seuil retenu, les régions les plus touchées sont les mêmes : Antilles-Guyane, Corse, Centre-Val-de-Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche Comté et Île-de-France (carte 3 et tableau 5). La région Île-de-France étant particulièrement peuplée c'est un cinquième des habitants des communes sous-denses qui résident dans cette région.

➤ Tableau 5 • Répartition régionale des communes sous-denses en 2015

Région	Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région
Guadeloupe	76 867	19,1 %	1,5 %
Martinique	94 881	24,6 %	1,8 %
Guyane	70 219	28,8 %	1,3 %
La Réunion	7 226	0,9 %	0,1 %
Île-de-France	1 188 170	9,9 %	22,5 %
Centre-Val-de-Loire	423 304	16,5 %	8,0 %
Bourgogne-Franche-Comté	356 216	12,6 %	6,7 %
Normandie	251 437	7,6 %	4,8 %
Hauts-de-France	203 097	3,4 %	3,8 %
Grand-Est	434 280	7,8 %	8,2 %
Pays-de-la-Loire	283 438	7,7 %	5,4 %
Bretagne	166 862	5,1 %	3,2 %
Nouvelle-Aquitaine	348 532	6,0 %	6,6 %
Occitanie	311 915	5,5 %	5,9 %
Auvergne-Rhône-Alpes	864 754	11,1 %	16,3 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	161 459	3,3 %	3,1 %
Corse	48 801	15,2 %	0,9 %
Ensemble	5 291 458	8,1 %	-

**Lecture** > En région Centre-Val-de-Loire, 423 304 personnes vivent dans une commune « sous-dense » au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui représente 16,5 % de la population de la région. C'est ainsi 8,0 % de la population nationale vivant sous ce seuil qui réside en région Centre-Val-de-Loire.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

C'est dans les communes rurales des grands pôles ou dans les communes hors influence des pôles que la part de population vivant en commune sous-dense est la plus grande (tableau 6) : au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, plus d'un habitant sur cinq d'une commune isolée ou d'une couronne rurale de grand pôle réside dans une commune sous-dense. C'est ainsi plus d'un tiers des habitants des communes sous-denses qui résident dans la couronne rurale d'un grand pôle ; mais un quart résident dans un pôle urbain, dont un sur six réside dans l'unité urbaine de Paris.

➤ Tableau 6 • Répartition par type d'espace des communes sous-denses en 2015

Type d'espace	Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population de l'espace vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans le type d'espace
Unité urbaine de Paris	865 263	8,2 %	16,4 %
Grand pôle, hors unité urbaine de Paris	330 872	1,2 %	6,3 %
Couronne urbaine des grands pôles	697 503	9,8 %	13,2 %
Couronne rurale des grands pôles	1 909 746	22,2 %	36,1 %
Moyens et petits pôles	155 706	3,6 %	2,9 %
Couronne des moyens et petits pôles	659 539	16,6 %	12,5 %
Communes isolées, hors influence des pôles	672 829	22,3 %	12,7 %
Ensemble	5 291 458	8,1 %	-

**Lecture** > Parmi la population des moyens et petits pôles urbains, 155 706 personnes ont une accessibilité à la médecine générale inférieure à 2,5 consultations par habitant et par an, ce qui représente 3,6 % de la population des moyens et petits pôles. 2,9 % de la population vivant sous le seuil d'accessibilité de 2,5 C/hab/an réside dans un moyen pôle ou un petit pôle urbain.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

### Caractérisation des communes sous-denses en 2015

#### Accessibilités moyenne et médiane des habitants des communes sous-denses

En premier lieu, il est intéressant de mesurer le niveau d'accessibilité moyen des habitants des communes sous-denses. En effet, à pourcentage constant de la population vivant dans une commune sous-dense, l'accessibilité de celle-ci tout en restant inférieure au seuil peut être plus ou moins élevée.

➤ **Tableau 7 • Accessibilité moyenne et médiane des habitants des communes sous-denses en 2015**

	APL moyen	APL médian
Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations / an / hab.	1,99	2,14
Ensemble	4,11	4,07

**Champ** > Professionnels de santé libéraux, (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

L'accessibilité moyenne des habitants des communes sous-denses est deux fois moindre que celle de l'ensemble des communes françaises du champ (tableau 7) ; leur accessibilité médiane est légèrement supérieure à leur accessibilité moyenne, ce qui signifie qu'il y a des communes très défavorisées, tirant l'accessibilité moyenne des communes sous-denses vers le bas.

#### Évolutions 2012-2015

Compte tenu des données disponibles en 2012, la comparaison 2012-2015 n'est possible que sur le champ restreint aux médecins généralistes libéraux, et donc en excluant l'offre de soins des centres de santé.

Sur ce champ, les communes sous-denses en 2015 étaient, pour 80 % de leur population, déjà sous-denses en 2012. Inversement, 88 % des personnes résidant dans une commune sous-dense en 2012 habitent toujours dans une zone faiblement dotée en 2015 : il y a donc une grande stabilité temporelle (tableau 8).

➤ **Tableau 8 • Accessibilité moyenne en 2012 et 2015, des habitants des communes sous-denses 2012 et 2015 et part de cette accessibilité due à des médecins de 60 ans ou plus, hors centres de santé**

	Seuil	Communes sous-denses en 2012			Communes sous-denses en 2015				
		Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	APL moyen en 2012	APL moyen en 2015	Part d'accessibilité moyenne due à des médecins de 60 ans ou plus	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	APL moyen en 2012	APL moyen en 2015	Part d'accessibilité moyenne due à des médecins de 60 ans ou plus
Île-de-France	APL < 2,5 C / an / hab.	1,88 %	2,2	2,16	26,27 %	2,18 %	2,27	2,14	30,63 %
	Ensemble Île-de-France	-	3,47	3,32	26,12 %	-	3,47	3,32	32,60 %
Autres régions	APL < 2,5 C / an / hab.	5,91 %	1,95	1,97	24,05 %	6,41 %	2,06	1,94	28,94 %
	Ensemble hors Île-de-France	-	4,29	4,2	21,36 %	-	4,29	4,2	25,89 %
Ensemble	APL < 2,5 C / an / hab.	7,80 %	2	2,01	24,60 %	8,6 %	2,11	1,99	29,40 %
	Ensemble	-	4,15	4,05	22,10 %	-	4,15	4,05	26,80 %

**Lecture** > Les communes où l'accessibilité était en 2012 inférieure à 2,5 C/hab/an rassemblaient 7,8 % de la population ; l'accessibilité moyenne y était de 2 C/hab/an en 2012 ; elle est semblable en 2015 (2,01 C/hab/an). 24,6 % de cette accessibilité était due à des médecins de 60 ans ou plus. Les communes situées sous le même seuil en 2015 rassemblent 8,6 % de la population. L'accessibilité moyenne y est de 1,99 C/hab/an ; elle était de 2,11 C/hab/an en 2012.

**Note** > La différence de chiffres entre ce tableau et le tableau 4 concernant le pourcentage de population se trouvant sous le seuil en 2015 est due à la différence de champ : pour permettre la comparaison avec 2012, les centres de santé, habituellement inclus, sont ici exclus de l'analyse.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP), France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

Sur le champ où la comparaison est possible, la part de la population résidant dans une commune sous-dense a augmenté entre 2012 et 2015: au seuil de 2,5 consultations, elle est ainsi passée de 7,8 % à 8,6 %. Sur cette période, l'accessibilité moyenne des communes classées sous-denses en 2012 est globalement restée stable (légère amélioration hors Île-de-France et légère dégradation en Île-de-France), alors que les communes sous-denses en 2015 ont connu une dégradation de leur situation : leur accessibilité était en moyenne plus favorable en 2012 qu'elle ne l'est en 2015. Il n'y a donc pas d'aggravation globale des situations les moins favorables, peut-être en partie du fait des mesures existantes d'incitations à l'installation, mais une extension de ces situations à de nouveaux territoires.

En 2012 comme en 2015, la part d'accessibilité due à des médecins âgés de 60 ans ou plus est plus importante de deux points environ dans les communes sous-denses que sur l'ensemble du territoire. L'âge moyen des praticiens dans les communes sous-denses en 2015 est de 54,7 ans contre 53,4 ans sur l'ensemble du territoire. Dans les années à venir, les communes sous-denses sont donc susceptibles de connaître davantage de départs de médecins généralistes que les autres zones.



### Communes sous-denses et incitations à l'installation

Faisant suite à une large concertation (cf. supra), la méthode de détermination, désormais plus harmonisée, des territoires considérés comme fragiles va être renouvelée<sup>18</sup>, en application de l'article L 1434-4 du code de la santé publique. Les territoires sélectionnés bénéficieront des aides fléchées sur les zones sous-denses, notamment les aides conventionnelles ou celles du Pacte Territoire Santé, qui visent à résorber les inégalités d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes (annexe 2).

Après actualisation des zonages régionaux conformément à la nouvelle méthode, les habitants des communes sous-denses identifiées ci-dessus ne résideront pas tous dans un territoire sélectionné dans le cadre de cet article. Il y a deux principales raisons à cela : la première tient à la maille géographique considérée pour construire le zonage (le territoire de vie, un agrégat de communes, et non la commune) ; la seconde relève du souhait de préserver une marge de choix, au-delà des zones très défavorisées qui sont automatiquement sélectionnées, pour les Agences régionales de santé (ARS) dans la sélection des territoires fragiles, en fonction des dynamiques existantes.

Plus précisément, la commune n'apparaît pas comme l'échelon le plus pertinent pour la mise en œuvre des politiques publiques visant à garantir l'accès aux soins d'un point de vue spatial. En effet, il est nécessaire de cibler des territoires qui atteignent une certaine taille critique, de façon à assurer au médecin une patientèle suffisante et à permettre la pratique en exercice coordonné. De plus, il est souhaitable de laisser aux médecins un choix de lieux d'installation relativement large au sein des territoires fragiles et notamment de s'assurer qu'ils puissent s'installer dans des communes offrant suffisamment de services (écoles, emploi pour le conjoint, autres professionnels de santé...). Permettre aux médecins généralistes de concilier leurs vies professionnelle et personnelle ou d'avoir des relais suffisants auprès des autres professionnels de santé (auxiliaires médicaux, médecins spécialistes...) est en effet essentiel, au-delà des incitations financières qui ne suffiront pas nécessairement à convaincre les médecins de s'y installer. Ainsi, sur la base des hypothèses décrites précédemment, la taille minimale d'un territoire permettant à deux médecins<sup>19</sup> d'exercer une activité à temps plein varie entre 3 600 et 5 400 habitants (population standardisée), ce qui est bien au-delà de la taille moyenne des communes françaises (1 790 habitants en 2013, ce qui représente une population standardisée maximale de 4 225 habitants dans le cas extrême où tous les habitants seraient dans la tranche d'âge la plus consommatrice de soins). En outre, il est nécessaire de tenir compte du fait que l'installation d'un médecin dans une commune donnée bénéficie aux habitants d'un territoire plus large que celui de la seule commune d'implantation.

Dans le cadre de la méthode retenue pour déterminer les zones fragiles, les calculs d'accessibilité sont ainsi effectués au niveau du territoire de vie qui résulte du découpage

<sup>18</sup> En application du décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (arrêté à paraître).

<sup>19</sup> L'exercice de groupe est plébiscité par les professionnels de santé exerçant en libéral, et particulièrement par les plus jeunes (cf. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, in Portrait des professionnels de santé – édition 2016, DREES, 2016, Juillet). On fait donc ici l'hypothèse d'une installation de deux médecins.

des bassins de vie<sup>20</sup> de plus de 50 000 habitants<sup>21</sup> pour mieux rendre compte de l'accès aux équipements et services au sein des territoires les plus urbanisés. S'affranchissant des limites des unités urbaines, les territoires de vie découpent les grands bassins de vie autour des pôles de services. L'accessibilité d'un territoire de vie est l'accessibilité moyenne des communes qui le composent pondérée par leur population. La France métropolitaine est ainsi constituée de 2 739 territoires, les bassins de vie de moins de 50 000 habitants étant conservés tels quels. Chaque territoire de vie comprend en moyenne 23 300 habitants.

Un territoire est ensuite considéré automatiquement comme fragile si son accessibilité aux généralistes de moins de 65 ans<sup>22</sup> est inférieure au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. Les territoires répondant à ce critère rassemblent 6,6 % de la population française hors Mayotte. Les ARS auront la possibilité d'ajouter à cette sélection nationale des zones (dans la limite d'un plafond) qui ne sont pas fragiles au regard de ce seuil, mais dont l'accessibilité est toutefois inférieure à l'accessibilité moyenne – vivier qui rassemble 55,8 % de la population française hors Mayotte<sup>23</sup>.

---

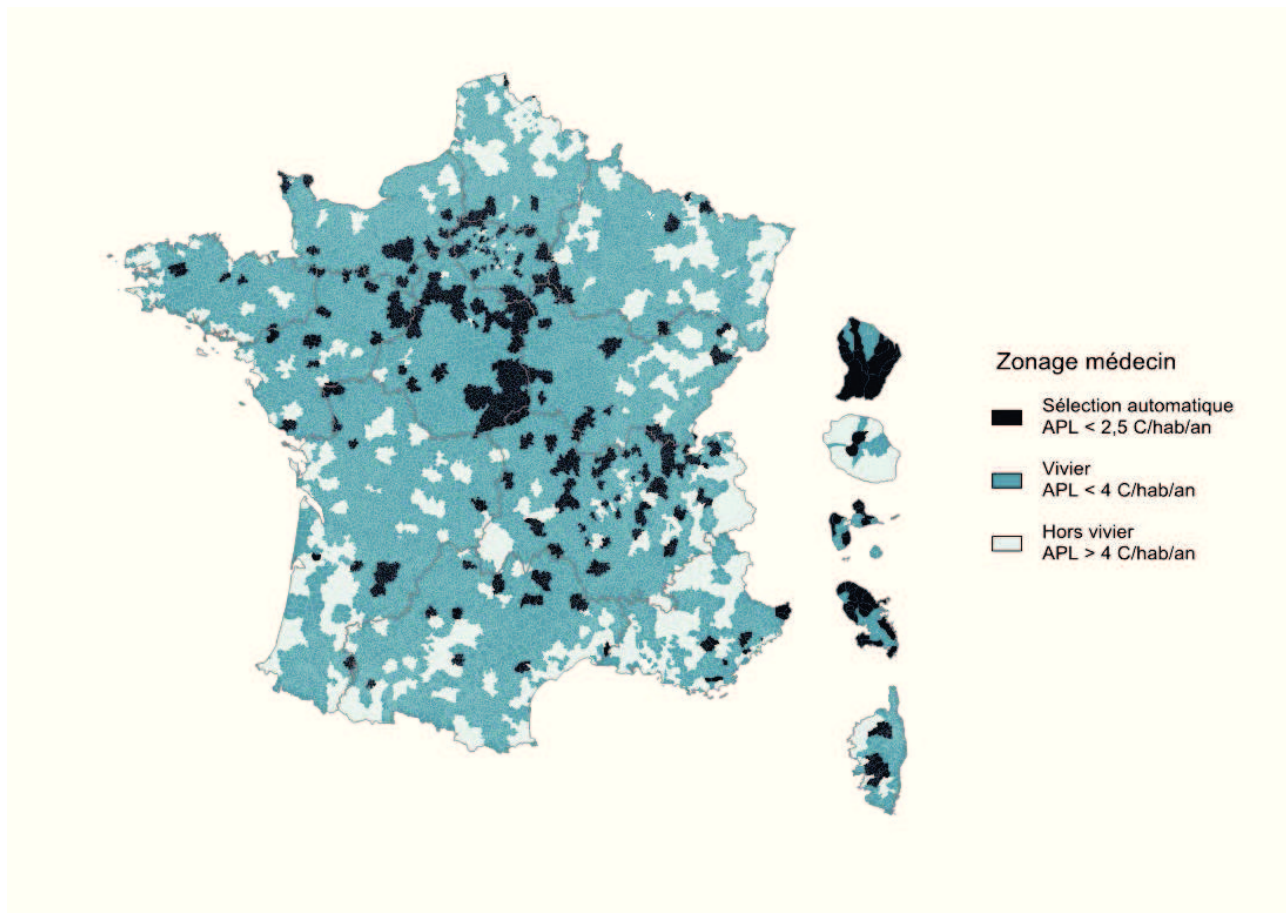
<sup>20</sup> Le bassin de vie est défini par l'INSEE comme le plus petit territoire au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

<sup>21</sup> Dans le cas des DROM, le découpage en territoires de vie étant inexistant, les bassins de vie de plus de 50 000 habitants sont redécoupés en communes. Par ailleurs, les îles non reliées au continent par la route sont considérées par convention comme des territoires de vie distincts.

<sup>22</sup> Contrairement aux résultats présentés précédemment, l'indicateur d'APL principalement utilisé dans le cadre de ce zonage intègre une borne d'âge à 65 ans pour les médecins généralistes. Cela traduit la volonté de ne pas prendre pour acquis dans la constitution du zonage une offre de soins fournie par des professionnels susceptibles de diminuer ou de cesser leur activité à très court terme.

<sup>23</sup> Le zonage s'applique également à Mayotte. La totalité du territoire de l'île intégrée au zonage médecin en sélection nationale. De ce fait, les parts de population France entière sont respectivement de 6,9 % et 55,4 %.

➤ Carte 4 • Zonage médecins généralistes : sélection nationale et vivier



**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP), France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

Par conséquent, à paramètres et seuils identiques retenus pour le calcul de l'indicateur d'accessibilité, certaines communes considérées comme « sous-denses » ne seront pas dans un territoire fragile (car l'accessibilité moyenne de leur territoire de vie est au-dessus du seuil) et certaines communes des zones fragiles ne seront pas « sous-denses » (car même si elles sont plutôt bien dotées, l'accessibilité moyenne de leur territoire de vie est au-dessous du seuil).

➤ **Tableau 9 • Part d'habitants des communes sous-denses en 2015 résidant également dans un territoire fragile**

Seuil	Part de la population résidant dans un territoire...	
	... automatiquement sélectionné (APL du territoire de vie < 2,5 C/hab/an)	... figurant dans le vivier à disposition des ARS (APL du territoire de vie compris entre 2,5 et 4 C/hab/an)
APL communal < 2,5 C/hab/an	41,8%	52,6%
Ensemble	6,6%	55,8%

**Note** > Les chiffres présentés ici n'incluent pas Mayotte, l'APL n'y étant pas disponible. Cependant, la totalité du territoire de Mayotte est intégrée au zonage médecin en sélection nationale.

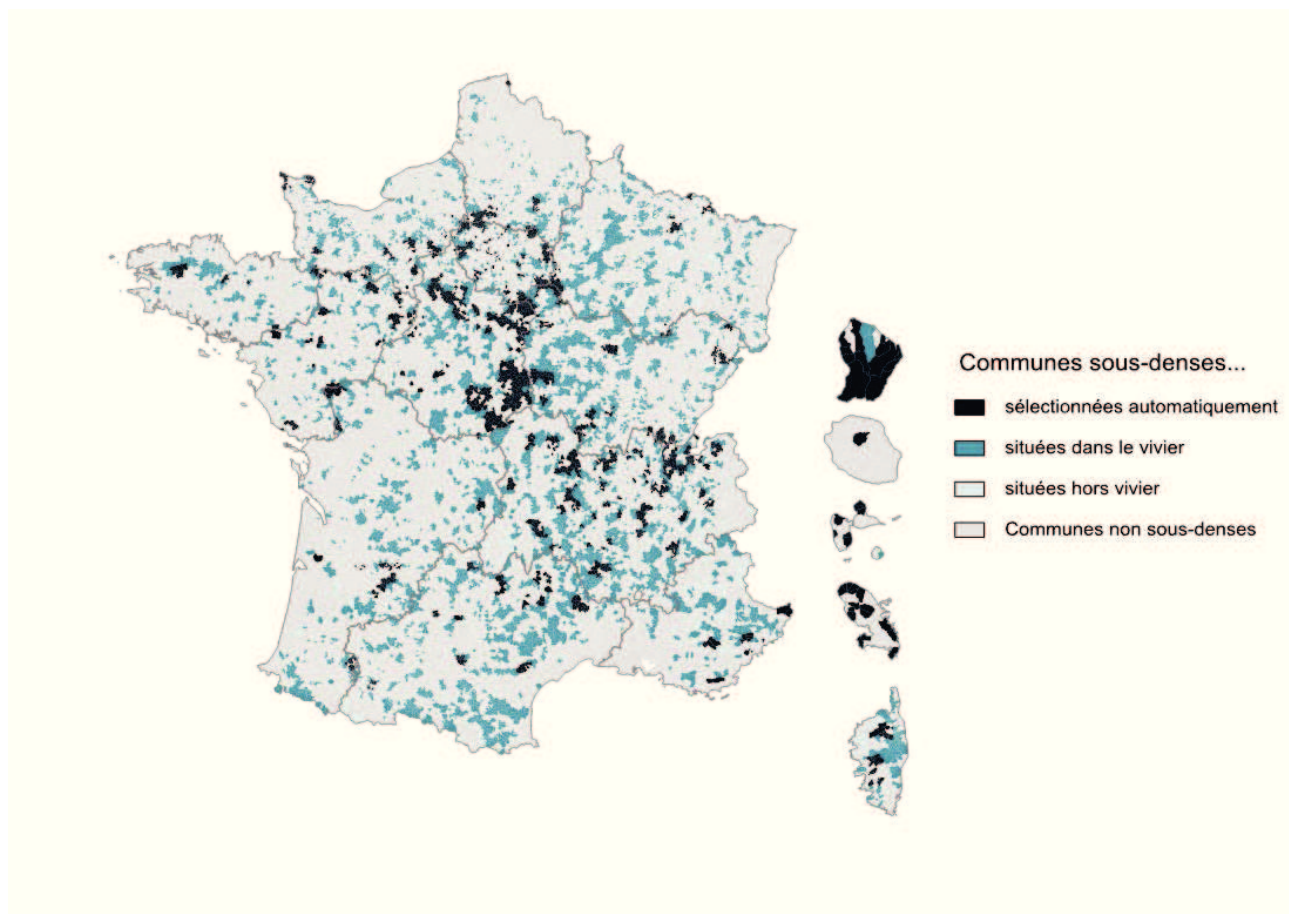
**Champ** > Professionnels de santé libéraux, (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

***Un meilleur ciblage des aides à l'installation en perspective***

Cette rénovation de la méthode de détermination des zones bénéficiaires d'aides à l'installation garantit qu'au moins 41,8 % de la population des communes sous-denses (selon le seuil considéré) sera bénéficiaire des aides. Cette garantie concerne des territoires dont l'offre de soins est *globalement* insuffisante. En outre, la majorité (52,6 %) de la population des communes sous-denses figure dans le « vivier » et peut à ce titre percevoir aides conventionnelles ou aides du Pacte Territoire-Santé si les territoires qui les contiennent sont sélectionnés par les ARS, dont l'expertise locale permettra de mieux apprécier le risque de « désertification » dans ces territoires. C'est ainsi la quasi-totalité (94,4 %) de la population des communes sous-denses qui réside dans un territoire que les ARS auront la possibilité de désigner éligibles aux différentes aides. La population restante réside dans des communes sous-denses mais situées dans des territoires de vie globalement bien dotés, territoires pratiqués au quotidien par leurs habitants pour accéder aux services et équipements courants.

➤ Carte 5 • Classement des communes sous-denses dans le zonage médecins généralistes



**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP), France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

## « Désert médical » et cumul de difficultés

Si le médecin généraliste est considéré comme la porte d'entrée du système de soins, son absence sur un territoire peut être moins problématique si d'autres services de santé y sont disponibles ou si l'organisation de la prise en charge est telle qu'elle permet de contourner et de pallier ce manque. Par conséquent, ce n'est pas tant la seule difficulté d'accès aux médecins généralistes qui devrait qualifier une zone de « désert médical » qu'un cumul de mauvaises accessibilités à différents services qui peuvent lui être au moins en partie et sous réserve d'une organisation ad hoc substituables.

### Trois difficultés d'accès au « premier contact »

Dans la suite de ce document, nous examinons l'accessibilité à deux autres services de santé qui, comme le médecin généraliste, jouent un rôle de porte d'entrée dans le système de santé : d'une part, l'accès aux soins urgents et d'autre part l'accès aux pharmacies. Envisager ensemble ces trois services nous permet ensuite d'appréhender de façon plus complète les difficultés qui touchent le premier contact au système de santé, ce qui correspond à l'un des champs que l'idée de « désert médical » nous semble pouvoir évoquer (cf. introduction). Cette analyse ne prétend pas faire le tour de la question des difficultés évoquées par l'idée de « désert médical » mais elle élargit l'approche.

#### *L'accessibilité aux urgences*

Le ministère chargé de la Santé a engagé avec l'ensemble des ARS, depuis 2012, un plan d'action pour l'amélioration de l'accès aux soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de 30 minutes d'un effecteur de médecine d'urgence. C'est dans ce cadre que la DREES a produit le diagnostic des populations encore situées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (annexe 3).

Deux indicateurs sont retenus : le premier considère les seuls services d'urgences (SU) et services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), le second prend également en compte les antennes des SMUR, les médecins correspondant du SAMU (MCS), les Hélicoptères et les hélicoptères de la sécurité civile. Ce dernier est présenté ici à titre pédagogique, car prenant en compte les médecins correspondants du SAMU, le croisement avec l'accessibilité aux médecins généralistes produirait des doubles comptes.

Au 31 décembre 2015, 6 % de la population (soit 3,90 millions de personnes) réside à plus de 30 minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR. Comme pour l'accès au généraliste, c'est une logique de type d'espace qui domine plutôt que de réelles différences régionales : les zones pour lesquelles les soins urgents sont les moins accessibles sont souvent situées en moyenne montagne ou dans un environnement où les déplacements sont difficiles. 46 % des habitants des espaces ruraux isolés de l'influence des pôles urbains sont ainsi concernés par cet éloignement aux urgences ; c'est toutefois également le cas de 13 % des habitants des petits et moyens pôles urbains, et de 5 % des habitants des couronnes urbaines de grands pôles (tableau 10).

Les régions dont la part de population éloignée de l'accès aux soins urgents est la plus importante sont ainsi la Corse, la Martinique, la Bourgogne-Franche-Comté et la Guyane

(tableau 11). À la Réunion, en Hauts-de-France ou en Île-de-France, l'accès aux soins urgents est particulièrement rapide.

La prise en compte d'autres modes d'accès aux soins urgents (hélicoptères ou MCS) réduit à 1,6 % la part de population résidant à plus de 30 minutes des urgences. Dans les espaces ruraux isolés, cette part de population tombe à 16 %. Les régions les plus concernées restent la Guyane, la Martinique, la Bourgogne-Franche-Comté et la Corse où respectivement 13,9 %, 6,7 %, 4,5 % et 3,4 % de la population régionale habite loin (i.e. à plus de 30 minutes) d'un point d'accès aux services d'urgence.

➤ Tableau 10 • Accès aux services d'urgence en plus de 30 minutes par type d'espace

	Mode d'accès aux soins urgents			
	services d'urgences (SU) + services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)		services d'urgences (SU) + services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) + Hélicoptères et hélicoptères de la Sécurité civile + médecins correspondants du Samu (MCS)	
	Nombre d'habitants à plus de 30 minutes d'un service d'urgence	Part de la population	Nombre d'habitants à plus de 30 minutes d'un service d'urgence	Part de la population
<b>Grands pôles</b>				
Unité urbaine (UU.) de Paris	0	0,0 %	0	0,0 %
Communes des pôles (hors UU Paris)	121 316	0,4 %	12 979	0,1 %
<b>Communes des couronnes</b>				
Communes urbaines	342 233	4,8 %	45 399	0,6 %
Communes rurales	786 901	9,1 %	148 145	1,7 %
<b>Moyens et petits pôles</b>				
Communes des pôles	542 772	12,6 %	149 851	3,5 %
Communes des couronnes	711 292	17,9 %	205 149	5,2 %
Communes isolées hors influence des pôles	1 397 806	46,3 %	477 631	15,8 %
<b>Ensemble</b>	<b>3 902 320</b>	<b>6,0 %</b>	<b>1 039 154</b>	<b>1,6 %</b>

Champ > France entière, hors Mayotte.

Sources > SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), DREES ; population 2013, distancier Metric, Insee ; base des Hélicoptères et des hélicoptères de la sécurité civile, DGOS.



➤ Tableau 11 • Nombre d'habitants et part de population régionale résidant à plus de 30 minutes d'un point d'accès aux soins urgents

	Mode d'accès aux soins urgents	
	services d'urgences (SU) + services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)	
	Nombre d'habitants à plus de 30 minutes d'un service d'urgence	Part de la population régionale
Auvergne-Rhône-Alpes	661 446	8,5 %
Bourgogne-Franche-Comté	379 963	13,5 %
Bretagne	246 022	7,6 %
Centre-Val-de-Loire	244 965	9,5 %
Corse	78 188	24,4 %
Grand-Est	330 836	6,0 %
Guadeloupe	15 097	3,8 %
Guyane	53 725	22,0 %
Hauts-de-France	111 820	1,9 %
Île-de-France	2 868	0,02 %
La Réunion	10 474	1,3 %
Martinique	83 864	21,8 %
Normandie	123 773	3,7 %
Nouvelle-Aquitaine	526 440	9,0 %
Occitanie	528 616	9,3 %
Pays-de-la-Loire	294 946	8,1 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	209 277	4,2 %
<b>Ensemble</b>	<b>3 902 320</b>	<b>6,0 %</b>

	Mode d'accès aux soins urgents	
	services d'urgences (SU) + services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) + Hélicimur et hélicoptères de la Sécurité civile + médecins correspondants du Samu (MCS)	
	Nombre d'habitants à plus de 30 minutes d'un service d'urgence	Part de la population régionale
Auvergne-Rhône-Alpes	144 075	1,9 %
Bourgogne-Franche-Comté	127 037	4,5 %
Bretagne	70 719	2,2 %
Centre-Val-de-Loire	33 529	1,3 %
Corse	10 798	3,4 %
Grand-Est	147 899	2,7 %
Guadeloupe	0	0,0 %
Guyane	34 011	13,9 %
Hauts-de-France	22 640	0,4 %
Île-de-France	2 868	0,02 %
La Réunion	10 474	1,3 %
Martinique	25 964	6,7 %
Normandie	46 410	1,4 %
Nouvelle-Aquitaine	134 639	2,3 %
Occitanie	154 290	2,7 %
Pays-de-la-Loire	42 183	1,2 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	31 618	0,64 %
<b>Ensemble</b>	<b>1 039 154</b>	<b>1,6 %</b>

Champ > France entière, hors Mayotte.

Sources > SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), DREES ; population 2013, distancier Metric, Insee ; base des Hélicimur et des hélicoptères de la Sécurité civile, DGOS.

### **L'accessibilité des pharmacies**

L'installation des pharmacies sur le territoire est aujourd'hui réglementée ; ce cadre répond plus à une logique d'aménagement du territoire qu'à une stratégie concertée d'accès aux soins. Le code de la santé publique autorise en effet aujourd'hui les nouvelles installations d'officine, que ce soit par transfert ou création, seulement dans les communes comptant au moins 2 500 habitants. Au-delà de ce seuil, la réglementation autorise l'installation d'une pharmacie supplémentaire par tranche de 4 500 habitants, au-dessus de 2 500 habitants. Un deuxième critère oblige à choisir une implantation infra-communale permettant une « desserte optimale de la population résidente ». Cette réglementation en fait un équipement bien réparti géographiquement.

Nous intégrons ce critère à notre champ du « premier contact au système de santé » au vu de plusieurs considérations. Premièrement, la pharmacie représente un point d'accès simple et rapide (sans rendez-vous et sans délai d'attente *a priori*) au système de santé. Ce n'est pas tant ici l'activité de délivrance qui nous intéresse que celle de conseil, dans une logique de prévention/orientation précoce : la présence d'une pharmacie permet aux patients de solliciter facilement de premiers conseils et avis professionnels, possibilité d'autant plus intéressante que l'accès aux médecins (généralistes libéraux, urgences) est limité. Cette dimension pourrait en outre se renforcer dans les prochaines années, notamment dans l'hypothèse d'un élargissement des compétences et des missions des pharmaciens (à l'image de ce qui se fait déjà pour le suivi des patients traités par anti-vitamines K<sup>24</sup>). Enfin, le maillage territorial actuel, très fin, connaîtra vraisemblablement une certaine stabilité dans le temps : les fermetures de pharmacies que l'on observe actuellement, essentiellement situées dans des espaces en surdensité officinale d'après les critères réglementaires, ne devraient pas avoir d'impact majeur sur l'accessibilité des patients (Le Gall et alii, 2016)<sup>25</sup>.

Nous retenons comme critère d'éloignement le fait de résider à plus de 10 minutes de route de la pharmacie la plus proche<sup>26</sup>. Tandis que 4 personnes sur 5 ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence, 2,5 % de la population, soit environ 1,6 million de personnes, sont à plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche.

Sans surprise, ce sont les espaces ruraux, en particulier isolés de l'influence des pôles, qui sont touchés. Cette population se répartit essentiellement entre les régions montagneuses ou très rurales : Centre-Val-de-Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté et Corse (tableau 12). Dans toutes les régions, la part de la population concernée est faible, à l'exception notable de la Corse où 15,1 % de la population est à plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche. Ce critère d'accessibilité est ainsi peu discriminant, il fait notamment ressortir des territoires où les déplacements en voiture sont difficiles du fait de l'environnement.

<sup>24</sup> Avenant n° 1 du 28 juin 2013 à la convention nationale des pharmaciens d'officine.

<sup>25</sup> Ce rapport conclut notamment qu'à horizon de dix ans, la part de population à moins de 10 minutes d'une pharmacie devrait passer de 97 % à 96 %.

<sup>26</sup> Ce choix est motivé à la fois par le souci de tenir compte d'une grande proximité, en accord avec le rôle de point de contact immédiatement disponible qui est considéré ici, et par la cohérence avec les seuils en vigueur dans la construction de l'APL aux médecins généralistes, 10 minutes étant le temps de trajet maximal pour lequel on considère l'accessibilité parfaite.

➤ **Tableau 12 • Nombre d'habitants et part de population régionale résidant à plus de 10 minutes en voiture d'une pharmacie**

	Pharmacie la plus proche à plus de 10 minutes en voiture	
	Nombre d'habitants	Part de la population régionale
Auvergne-Rhône-Alpes	280 859	3,6 %
Bourgogne-Franche-Comté	163 301	5,8 %
Bretagne	30 454	0,9 %
Centre-Val-de-Loire	92 782	3,6 %
Corse	48 439	15,1 %
Grand-Est	224 995	4,1 %
Guadeloupe	1 858	0,5 %
Guyane	5 260	2,2 %
Hauts-de-France	51 749	0,9 %
Île-de-France	18 350	0,2 %
La Réunion	0	0,0 %
Martinique	4 794	1,2 %
Normandie	88 585	2,7 %
Nouvelle-Aquitaine	156 155	2,7 %
Occitanie	256 088	4,5 %
Pays-de-la-Loire	85 204	2,3 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	100 309	2,0 %
<b>Ensemble</b>	<b>1 609 182</b>	<b>2,5 %</b>

Champ > France entière, hors Mayotte.

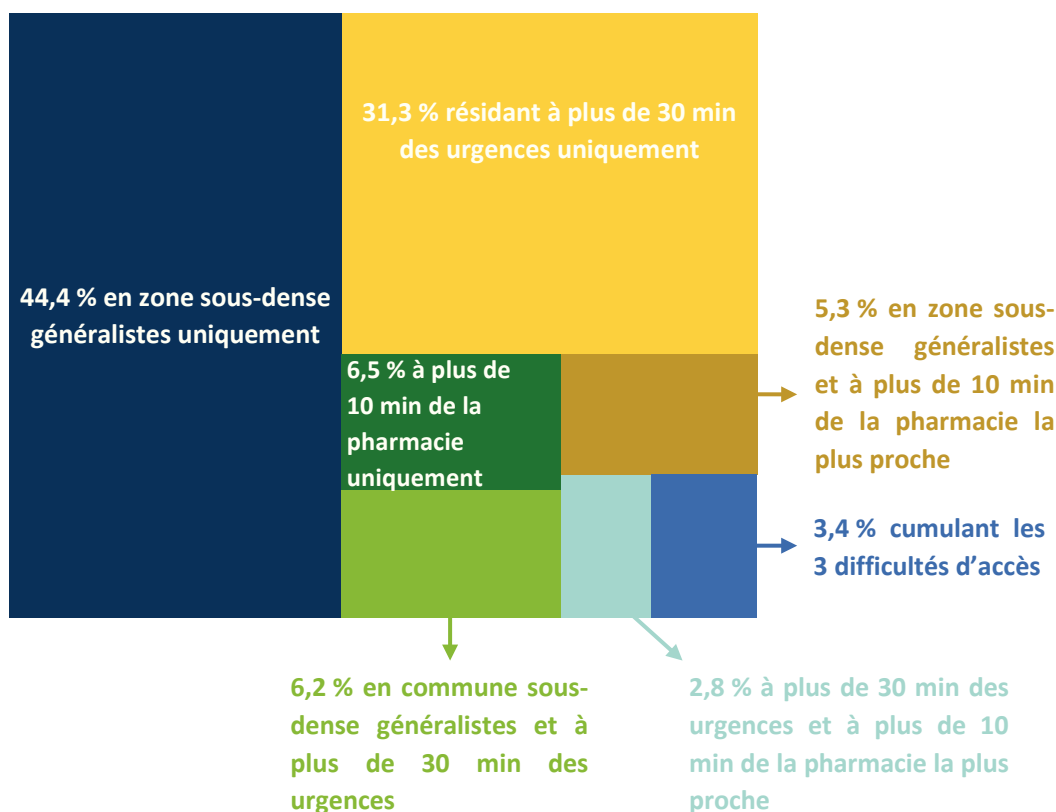
Source > Répertoire Finess, DREES.

**Cumuler plusieurs difficultés : des situations peu fréquentes mais préoccupantes**

**13,6 % de la population connaît au moins une difficulté d'accès mais 0,5 % cumule les trois**

La majeure partie de la population française (86,4 %) vit sur un territoire sans difficulté majeure d'accès aux médecins généralistes, aux urgences ou aux pharmacies ; un peu plus d'un résident français sur huit vit donc dans une commune avec au moins une difficulté d'accès. Cependant, dans la majorité des cas, les difficultés ne se cumulent pas : 82,2 % des habitants connaissant au moins une difficulté n'en connaissent qu'une – c'est le plus souvent un accès difficile aux médecins généralistes (44,4 %), plus rarement (31,3 %) un éloignement aux services d'urgence, et marginalement un éloignement aux pharmacies (6,5 %, graphique 6). Habiter dans un territoire à la fois sous dense en médecins généralistes, à plus de 30 minutes des urgences et plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche est encore plus rare : seuls 3,4 % de la population connaissant au moins une difficulté, soit 0,5 % de l'ensemble de la population française (300 000 habitants), est concernée.

➤ **Graphique 6 • Répartition des habitants résidant dans une commune avec au moins une difficulté d'accès, selon les difficultés qu'ils cumulent**



**Lecture** > La surface de chaque aire est proportionnelle au poids du groupe considéré dans l'ensemble des personnes souffrant d'au moins une difficulté d'accès.

**Champ** > France entière, hors Mayotte.

**Sources** > CNAM-TS ; SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), répertoire Finess, DREES ; Population, Insee.

### ***L'accès aux médecins généralistes et aux urgences : deux problèmes souvent distincts***

#### **Faible accès aux généralistes : un cumul de difficultés peu fréquent**

Les personnes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes ont dans la plupart des cas (75 %) un accès non critique aux urgences autant qu'aux pharmacies.

Les communes uniquement touchées par une sous-densité de médecins généralistes présentent la particularité d'être en moyenne plus grandes que celles cumulant également d'autres difficultés (tableau 13). Même si la moitié de la population dans ce cas réside dans un espace rural, des communes urbaines voire très urbaines sont aussi concernées. L'Île-de-France rassemble ainsi 30 % de cette population – mais cela traduit également l'extrême rareté des cas de cumul de difficultés dans cette région<sup>27</sup>. Par ailleurs, la région Auvergne-Rhône-Alpes rassemble également 14 % de la population dans ce cas.

En revanche, 16 % de la population ayant un accès faible aux médecins généralistes a également un accès faible aux urgences. De même, 15 % des personnes ayant un accès faible aux médecins généralistes sont éloignées des pharmacies. Les cas de cumul concernent essentiellement des espaces à dominante rurale, en majorité périurbains lorsqu'il s'agit de l'éloignement aux pharmacies, davantage isolés de l'influence des pôles (un tiers des cas) lorsqu'il s'agit de l'éloignement aux urgences.

Ce faisant, 6 % de la population ayant un faible accès aux médecins généralistes cumule les trois difficultés considérées.

#### **L'éloignement aux services d'urgence**

De la même manière que l'accès au médecin généraliste, l'éloignement aux services d'urgences est souvent non cumulatif : 72 % des personnes vivant à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ont un accès aux médecins généralistes et aux pharmacies non critique. Cette situation concerne essentiellement les espaces ruraux isolés (un habitant sur trois dans cette situation) et le périurbain rural, mais également les petits et moyens pôles urbains (pour près d'un habitant sur cinq dans cette situation).

Cependant, 22 % des personnes éloignées des urgences a également un accès difficile aux médecins généralistes – essentiellement dans des espaces ruraux périurbains (45 % des cas) et ruraux isolés (36 %).

Dans 20 % des cas, l'éloignement aux urgences est couplé à l'éloignement aux pharmacies ; cette situation correspond en majorité à un cumul des trois difficultés : parmi les personnes éloignées à la fois des urgences et des pharmacies, 55 % ont également un accès difficile aux médecins généralistes. Le cumul des trois difficultés concerne ainsi 8 % des personnes éloignées des urgences.

Ainsi, si le mauvais accès aux médecins généralistes d'une part et aux urgences d'autre part concernent tous deux une population du même ordre de grandeur (respectivement 5,3 et 3,9 millions de personnes), ils se cumulent peu entre eux et avec l'éloignement aux pharmacies. Cela peut être interprété comme un facteur d'explication au succès du

<sup>27</sup> En Île-de-France, la quasi-totalité (98 %) de la population en difficulté l'est du fait seul d'un faible accès aux médecins généralistes. 0,9 % seulement de la population francilienne faisant face à au moins une difficulté en cumule plusieurs.

dispositif de médecin correspondant du SAMU (MCS), puisqu'il montre l'existence d'un fort potentiel à cette logique de mobilisation des médecins généralistes en complément aux services d'urgence. En effet, la même analyse conduite en incluant l'ensemble des services d'urgence (SU, SMUR, médecins correspondants du SAMU et accès par hélicoptère) établit que 81 % des personnes ayant des difficultés d'accès aux médecins généralistes n'en ont en revanche pas pour accéder aux urgences ni aux pharmacies ; la part de personnes ayant un faible accès aux médecins généralistes qui résident à plus de 30 minutes d'un service d'urgence tombe à 6 % (au lieu de 16 %), les cas de cumul des trois difficultés devenant alors résiduels (1,7 % de la population connaissant une sous-densité de médecins généralistes – soit 90 000 habitants et 0,1 % de l'ensemble de la population).

***L'éloignement aux pharmacies : une situation beaucoup plus rare mais souvent critique***

Le fait de résider à plus de 10 minutes de route de la pharmacie la plus proche est plus rare que les deux difficultés considérées ci-dessus – il concerne 1,6 million de personnes, soit une population environ 2 à 3 fois plus petite que les deux populations étudiées auparavant. Le critère d'éloignement aux pharmacies pourrait toutefois être le signe d'une situation de fragilité particulière : cet éloignement est beaucoup plus fréquemment (64 % des cas) couplé à d'autres difficultés. Dans près d'un cas sur deux en effet, l'éloignement aux pharmacies se double d'un faible accès aux médecins généralistes – et dans un cas sur trois, il va de pair avec un éloignement aux services d'urgence.

Parmi la population n'ayant pas accès à une pharmacie à 10 minutes de route, c'est ainsi près d'une personne sur cinq qui cumule de surcroît faible accessibilité aux médecins généralistes et éloignement aux urgences.

Ces situations d'éloignement aux pharmacies couplé à d'autres fragilités se répartissent entre espaces à dominante rurale périurbain et isolé – le cumul avec un faible accès aux généralistes concerne davantage le périurbain tandis que le cumul avec l'éloignement aux urgences touche ces deux types d'espaces dans des proportions similaires. En revanche, les personnes connaissant comme seule difficulté l'éloignement aux pharmacies sont en forte majorité (84 %) des habitants de périphéries rurales, en particulier des grands pôles urbains (47 %).

***Situations les plus critiques : des territoires ruraux et montagneux***

Environ 300 000 personnes résident dans une commune qui cumule les trois difficultés envisagées ici : elles ont accès à moins de 2,5 consultations de médecine générale par an, doivent parcourir plus de 10 minutes en voiture pour trouver une pharmacie et plus de 30 minutes pour atteindre un service d'urgence. Cette population est limitée (elle représente 0,5 % de la population française). Toutefois, sa situation est particulièrement critique, non seulement du fait du cumul de ces trois difficultés, mais sur chacune des dimensions observées : l'accessibilité moyenne de ces communes est de 1,3 consultation par an et par habitant et la pharmacie la plus proche se trouve en moyenne à 16 minutes de route. L'accès aux soins urgents de ces communes est en revanche fortement amélioré par la présence de services héliportés et de médecins correspondants du SAMU : 90 000 personnes seulement se trouvent, outre un faible accès à la médecine générale et aux pharmacies, toujours éloignées des services d'urgences une fois ces dispositifs pris en compte.

Les communes concernées sont de très petite taille (moins de 200 habitants en moyenne) et sont quasi-exclusivement situées dans des espaces à dominante rurale. La population cumulant les trois difficultés se répartit ainsi dans des proportions proches entre les communes rurales isolées de l'influence des pôles urbains et les périphéries rurales des pôles. Outre leur caractère rural, les espaces concernés sont également montagneux, pour une large part. La région Auvergne-Rhône-Alpes rassemble ainsi plus d'un quart de cette population, tandis que la Provence-Alpes-Côte-D'azur en rassemble 10 %. La Corse est particulièrement touchée, avec 7 % de sa population en situation de cumul de ces trois fragilités. À l'inverse, la Bretagne, l'Île-de-France, les Hauts-de-France ainsi que la Normandie ne sont que très marginalement ou pas touchées par ce cumul de difficultés.

Environ 10 % de la population dans cette situation de fragilité résident dans une commune qui n'est pas éligible aux aides conventionnelles : ils résident donc dans un territoire de vie où leur faible APL est compensée par celle d'autres communes mieux dotées vers lesquelles ils se déplacent également pour accéder à d'autres équipements. Il peut s'agir de territoires de vie sur lesquels les temps de déplacement sont élevés dans de nombreuses activités de la vie quotidienne.



➤ Tableau 13 • Caractérisation des communes selon leurs difficultés d'accès éventuelles aux médecins généralistes, aux soins urgents et aux pharmacies

Type de difficulté			Nombre de communes concernées	Taille moyenne des communes concernées (habitants)	Taille maximale des communes concernées	Population concernée (habitants)	APL moyen (C/an/hab)	Temps d'accès moyen à la pharmacie la plus proche (en min)
Sous-densité généralistes	Urgences (SU + SMUR) à plus de 30 min	Pharmacie à plus de 10 min						
x	x	x	1 613	188	2 339	302 540	1,3	16
x	x		1 200	464	10 477	556 448	1,9	4
x		x	1 728	276	3 293	476 804	1,7	13
x			4 412	898	106 817	3 959 879	2,1	3
	x	x	114	225	2 743	250 482	3,6	13
	x		4 276	653	12 936	2 792 850	3,9	3
		x	1 608	360	4 194	579 356	3,4	12
			20 726	2 733	458 298	56 646 397	4,3	1

Champ > France entière, hors Mayotte.

Sources > CNAM-TS ; SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), répertoire Finess, DREES ; Population, Insee.

## Conclusion

Dans un contexte de débat public autour de concepts non formellement définis, donc manquant d'une mesure partagée, cette publication vise à rassembler les éléments chiffrés disponibles pour éclairer la question de l'accès aux soins d'un point de vue spatial.

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes sont à l'heure actuelle d'une ampleur limitée : 98 % de la population réside à moins de 10 minutes de route d'un médecin généraliste et un rapport de 1 à 3 distingue les 10 % de la population ayant le meilleur accès aux soins des 10 % de la population ayant l'accès le plus faible. Les inégalités sont plus marquées concernant l'accès aux spécialistes, ce rapport variant de 6 à 19 selon la spécialité considérée, mais plus des trois quarts de la population réside à moins de 20 minutes du spécialiste le plus proche, quelle que soit la spécialité considérée.

En outre, les disparités départementales de peuplement médical sont aujourd'hui d'un niveau semblable – voire légèrement inférieur – à celui des années 1980.

Compte tenu des enseignements des modèles de projection, on peut s'attendre, tant chez les généralistes que chez les spécialistes, à une diminution des effectifs libéraux dans les prochaines années, concomitante à une hausse du nombre de médecins salariés. Ces évolutions sont susceptibles d'entraîner un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours, auquel les mutations de l'exercice médical (exercice de groupe, exercice remplaçant prolongé) portées par les jeunes générations de médecins pourraient également contribuer.

Toutefois, ces inégalités d'accès sont complexes à mesurer. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet de tenir compte conjointement de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi de l'âge de la population et de l'activité des médecins. D'après celui-ci, 8 % de la population a une accessibilité aux médecins généralistes inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. Cette faible accessibilité touche des espaces ruraux comme urbains : un quart de cette population réside en particulier dans un pôle urbain. Cette population connaît une accessibilité moyenne deux fois plus faible que la moyenne nationale. L'étude des évolutions sur la période 2012-2015 montre que la part de population sous le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant a légèrement augmenté. On ne repère pas d'aggravation substantielle de la situation des communes déjà sous-denses en 2012, en revanche de nouveaux territoires connaissent en 2015 une sous-densité en médecins généralistes.

Dans la perspective d'une progression vers une (ou plusieurs) définition(s) partagée(s) des termes du débat sur la « désertification médicale », ce document propose l'étude conjointe de trois dimensions d'accès au *premier contact au système de santé*, considérant l'accès aux médecins généralistes, aux pharmacies et aux services d'urgence.

Si les difficultés d'accès aux médecins généralistes (repérées par une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant) et aux urgences (repérées par un temps d'accès supérieur à 30 minutes) touchent une population d'un ordre de grandeur similaire, elles ne

sont cumulées que dans des cas minoritaires : 16 % de la population des communes sous-denses en médecins généralistes est éloignée de plus de 30 minutes des urgences et 22 % des personnes éloignées des urgences vit dans une commune sous-dense en médecins généralistes. Au total 1,3 % de la population a une accessibilité faible aux médecins généralistes et vit à plus de 30 minutes du service d'urgence le plus proche. En revanche, le fait de ne pas disposer d'une pharmacie à proximité (moins de 10 minutes de trajet par la route) est fréquemment cumulé avec d'autres difficultés. Environ 300 000 personnes (0,5 % de la population) connaissent simultanément une accessibilité faible aux médecins généralistes, un éloignement aux services d'urgence et une absence de pharmacie à proximité. Les communes concernées sont de très petite taille, situées dans des espaces à dominante rurale et dans des régions montagneuses.

L'étude du cumul de difficultés a pour ambition de décrire la situation d'accès aux soins des territoires dans une perspective plus multidimensionnelle que celle proposée par la vision classique « par profession ». Toutefois, elle met en évidence la difficulté à porter un diagnostic unique, même multidimensionnel, sur l'accès aux soins sans spécifier une « gamme » de recours particuliers. Nous nous sommes centrées ici sur un recours « de premier contact », spécifique, qui se distingue d'autres types de recours : par exemple, recours régulier à un « environnement médical et paramédical quotidien » (chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ou recours spécifique à une diversité de spécialités consultées en second recours et lié à des problèmes aigus ou chroniques.

Les éléments apportés dans ce dossier visent à nourrir le débat public sous deux formes : en établissant des constats chiffrés d'une part, et d'autre part en posant la question de la mesure, qui engage celle de la définition de termes communs, questions centrales pour progresser dans le traitement d'enjeux encore insuffisamment problématisés.

## Bibliographie

Aday L., Andersen R.M., 1974, « A framework for the study of access to medical care », *Health Services Research*, vol.9.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n°795, mars.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », Document de travail, série Études et Recherches, DREES, n°124, décembre.

Barlet M., Collin C., Bigard M., Levy D., 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et résultats*, n°817, Drees, octobre.

Barlet M. et Marbot C. (dir), 2016, « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 », Collection Panoramas de la Drees - Santé, avril, 160 p.

Bellamy V. et Samson A-L., 2010, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », Les Comptes nationaux de la santé 2010, DREES.

Cash E., Cash R., Dupilet C., Pinilo M., Richard T., 2015, « Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins », Document de travail, DREES, série Études et Recherches, n°133, septembre.

Faure H., Tonnelier F., 1984, « Les médecins s'installent près de leur lieu d'origine », *Études statistiques* n°5-6, septembre-octobre, novembre-décembre.

Foulon D., Wcislo M., en collaboration avec Medina-Hirzy M., 1984, « Les professions de santé et d'action sociale », *Études statistiques* n°5-6, septembre-octobre, novembre-décembre.

Le Gall O., Magnien M., Jaouen V., Vincent B. et Chartier H., 2016, « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », Rapport IGAS-IGF, novembre.

Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M., 2016, « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », Document de travail, IRDES, n°70, février.

Nguyen-Khac Apolline, 2017, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue française des affaires sociales*, 1/2017, p. 187-195.

Penchansky R., Thomas J.W., 1981, « The Concept of Access: definition and relationship to consumer satisfaction », *Medical Care*, vol.22, n°6.

Vergier N., 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, n°970, juillet.

## Annexes

### Annexe 1 • Sous-densité en médecins généralistes à l'aune de différents seuils

Cette annexe présente les résultats sur l'accessibilité aux médecins généralistes, déclinés selon le seuil de sous-densité retenu. Par souci de lisibilité et pour faciliter les renvois, la numérotation des tableaux retenue est la même que dans le corps du texte.

#### ➤ Tableau 5bis • Répartition régionale des communes sous-denses en 2015, selon le seuil retenu

Région	APL < 2 consultations / an / hab.			APL < 2,5 consultations / an / hab.			APL < 3 consultations / an / hab.		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région
Guadeloupe	31 009	7,7 %	1,6 %	76 867	19,1 %	1,5 %	160 778	40,0 %	1,3 %
Martinique	23 848	6,2 %	1,3 %	94 881	24,6 %	1,8 %	156 354	40,6 %	1,3 %
Guyane	67 208	27,5 %	3,6 %	70 219	28,8 %	1,3 %	111 734	45,8 %	0,9 %
La Réunion	0	0,0 %	0,0 %	7 226	0,9 %	0,1 %	7 226	0,9 %	0,1 %
Île-de-France	239 212	2,0 %	12,7 %	1 188 170	9,9 %	22,5 %	3 375 631	28,2 %	28,0 %
Centre-Val-de-Loire	167 035	6,5 %	8,8 %	423 304	16,5 %	8,0 %	845 882	32,9 %	7,0 %
Bourgogne-Franche-Comté	156 868	5,6 %	8,3 %	356 216	12,6 %	6,7 %	699 424	24,8 %	5,8 %
Normandie	63 390	1,9 %	3,4 %	251 437	7,6 %	4,8 %	640 076	19,2 %	5,3 %
Hauts-de-France	60 212	1,0 %	3,2 %	203 097	3,4 %	3,8 %	537 161	9,0 %	4,5 %
Grand-Est	173 181	3,1 %	9,2 %	434 280	7,8 %	8,2 %	907 489	16,3 %	7,5 %
Pays-de-la-Loire	66 203	1,8 %	3,5 %	283 438	7,7 %	5,4 %	764 512	20,9 %	6,3 %
Bretagne	52 636	1,6 %	2,8 %	166 862	5,1 %	3,2 %	496 066	15,2 %	4,1 %
Nouvelle-Aquitaine	107 938	1,8 %	5,7 %	348 532	6,0 %	6,6 %	790 534	13,5 %	6,6 %
Occitanie	151 141	2,7 %	8,0 %	311 915	5,5 %	5,9 %	597 325	10,5 %	5,0 %
Auvergne-Rhône-Alpes	401 735	5,2 %	21,2 %	864 754	11,1 %	16,3 %	1 601 440	20,6 %	13,3 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	89 930	1,8 %	4,8 %	161 459	3,3 %	3,1 %	300 353	6,1 %	2,5 %
Corse	39 087	12,2 %	2,1 %	48 801	15,2 %	0,9 %	69 135	21,6 %	0,6 %
Ensemble	1 890 633	2,9 %	-	5 291 458	8,1 %	-	12 061 120	18,4 %	-

**Lecture** > En région Centre-Val-de-Loire, 167 035 personnes vivent dans une commune « sous-dense » au seuil de 2 consultations par an et par habitant, ce qui représente 6,5 % de la population de la région. C'est ainsi 8,8 % de la population nationale vivant sous ce seuil qui se réside en région Centre-Val-de-Loire.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

➤ **Tableau 6bis• Répartition par type d'espace des communes sous-denses en 2015, selon le seuil retenu**

Type d'espace	APL < 2 consultations / an / hab.			APL < 2,5 consultations / an / hab.			APL < 3 consultations / an / hab.		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population de l'espace vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans le type d'espace	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population de l'espace vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans le type d'espace	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population de l'espace vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans le type d'espace
Unité urbaine de Paris	153 051	1,4 %	8,1 %	865 263	8,2 %	16,4 %	2 685 440	25,3 %	22,3 %
Grand pôle, hors unité urbaine de Paris	71 361	0,3 %	3,8 %	330 872	1,2 %	6,3 %	1 009 724	3,6 %	8,4 %
Couronne urbaine des grands pôles	181 553	2,5 %	9,6 %	697 503	9,8 %	13,2 %	1 680 914	23,5 %	13,9 %
Couronne rurale des grands pôles	811 864	9,4 %	42,9 %	1 909 746	22,2 %	36,1 %	3 532 576	41,0 %	29,3 %
Moyens et petits pôles	32 387	0,8 %	1,7 %	155 706	3,6 %	2,9 %	640 936	14,9 %	5,3 %
Couronne des moyens et petits pôles	285 403	7,2 %	15,1 %	659 539	16,6 %	12,5 %	1 352 356	34,0 %	11,2 %
Communes isolées, hors influence des pôles	355 014	11,8 %	18,8 %	672 829	22,3 %	12,7 %	1 159 174	38,4 %	9,6 %
Ensemble	1 890 633	2,9%	-	5 291 458	8,1%	-	12 061 120	18,4%	-

**Lecture** > Parmi la population des moyens et petits pôles urbains, 32 387 personnes ont une accessibilité à la médecine générale inférieure à 2 consultations par habitant et par an, ce qui représente 0,8 % de la population des moyens et petits pôles. 1,7 % de la population vivant sous le seuil d'accessibilité de 2 C/hab/an réside dans un moyen pôle ou un petit pôle urbain.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

➤ **Tableau 7bis • Accessibilité moyenne et médiane des habitants des communes sous-denses en 2015 selon le seuil retenu**

Seuil	APL moyen	APL médian
APL communale < 1 consultation / an / hab.	0,46	0,55
APL communale < 2 consultations / an / hab.	1,50	1,67
APL communale < 2,5 consultations / an / hab.	1,99	2,14
APL communale < 3 consultations / an / hab.	2,43	2,57
Ensemble	4,11	4,07

**Champ** > Professionnels de santé libéraux, (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

➤ **Tableau 8bis • Accessibilité moyenne en 2012 et 2015, des habitants des communes sous-denses 2012 et 2015 et part de cette accessibilité due à des médecins de 60 ans ou plus, selon le seuil retenu, hors centres de santé**

Seuil	Communes sous-denses en 2012				Communes sous-denses en 2015			
	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	APL moyen en 2012	APL moyen en 2015	Part d'accessibilité moyenne due à des médecins de 60 ans ou plus	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	APL moyen en 2012	APL moyen en 2015	Part d'accessibilité moyenne due à des médecins de 60 ans ou plus
APL communale < 2 C/hab/an	2,7 %	1,48	1,54	24,3 %	3,2 %	1,65	1,51	29,8 %
APL communale < 2,5 C/hab/an	7,8 %	2,00	2,01	24,6 %	8,6 %	2,11	1,99	29,4 %
APL communale < 3 C/hab/an	17,2 %	2,43	2,40	24,0 %	20,1 %	2,56	2,44	28,8 %
Ensemble	-	4,15	4,05	22,1 %	-	4,15	4,05	26,8 %

**Note** > La différence de chiffres entre ce tableau et le tableau 4 concernant le pourcentage de population se trouvant sous le seuil en 2015 est due à la différence de champ : pour permettre la comparaison avec 2012, les centres de santé, habituellement inclus, sont ici exclus de l'analyse.

**Lecture** > Les communes où l'accessibilité était en 2012 inférieure à 2,5 C/hab/an rassemblaient 7,8 % de la population ; l'accessibilité moyenne y était de 2 C/hab/an en 2012 ; elle est semblable en 2015 (2,0 C/hab/an). 24,6 % de cette accessibilité était due à des médecins 60 ans ou plus. Les communes situées sous le même seuil en 2015 rassemblent 8,6 % de la population. L'accessibilité moyenne y est de 1,99 C/hab/an ; elle était de 2,11 C/hab/an en 2012.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP), France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.



➤ **Tableau 9bis • Part d'habitants des communes sous-denses en 2015 résidant également dans un territoire fragile, selon les seuils retenus**

Seuil	Part de la population résidant dans un territoire...	
	... automatiquement sélectionné (APL du territoire de vie < 2,5 C/hab/an)	... figurant dans le vivier à disposition des ARS (APL du territoire de vie compris entre 2,5 et 4 C/hab/an)
APL communale < 2 C/hab/an	39,3 %	52,3 %
APL communale < 2,5 C/hab/an	41,8 %	52,6 %
APL communale < 3 C/hab/an	30,7 %	64,0 %
Ensemble	6,6 %	55,8 %

**Note** > Les chiffres présentés ici n'incluent pas Mayotte, l'APL n'y étant pas disponible. Cependant, la totalité du territoire de Mayotte est intégrée au zonage médecin en sélection nationale.

**Champ** > Professionnels de santé libéraux, (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

**Sources** > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

## Annexe 2 • Panorama des dispositifs favorisant le maintien, l'installation et l'exercice professionnel des médecins libéraux

De nombreuses aides sont actuellement disponibles pour aider au maintien et favoriser l'installation et l'exercice professionnel des médecins libéraux. Certaines sont liées au lieu d'exercice (zone sous dotée ou non), avec ou pas, l'application de critères d'octroi complémentaires, d'autres ne le sont pas. Parmi les principales, on peut citer :

- les aides prévues par la convention médicale,
- les aides du Pacte territoire-santé financées par le Fonds d'intervention régionale (FIR),
- les aides des collectivités territoriales.

La **nouvelle convention médicale** signée en 2016 prévoit quatre nouveaux contrats pour encourager une meilleure répartition des médecins sur l'ensemble du territoire :

- contrat d'aide à l'installation,
- contrat de stabilisation et de coordination,
- contrat de transition,
- contrat de solidarité territoriale.

Il s'agit de contrats tripartites signés entre le médecin, la caisse et l'ARS sur la base du contrat type régional qui doit être publié par l'ARS. L'ensemble de ces contrats est ouvert à tous les médecins conventionnés, quelle que soit leur spécialité médicale (sauf le contrat d'aide à l'installation, réservé aux praticiens de secteur 1).

Le **Pacte territoire-santé** prévoit des aides mobilisables en zones sous denses comme le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) qui garantit une rémunération mensuelle à hauteur de 6 900 € bruts en contrepartie d'une installation en zone sous-dense ou le contrat d'engagement de service public (CESP) qui permet à un étudiant en médecine de bénéficier d'un revenu d'étude de 1 200 € bruts par mois en contrepartie d'une installation future en zone sous-dense. Y figurent également des aides mobilisables dans tous les territoires, indépendamment du niveau de la dotation en offre de soins,, comme par exemple les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les médecins correspondants du Samu (MCS) ou encore les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriale de santé (ESP-CPTS).

Enfin, L'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales ouvre la possibilité aux **collectivités territoriales** de financer des dispositifs d'aides favorisant le maintien ou l'installation de professionnels de santé : ainsi, elles sont en capacité de financer des structures pour la permanence de soins (notamment des maisons médicales), des investissements immobiliers dans des zones déficitaires en offre de soins par le biais du fond de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée (FCTVA) ou de verser des indemnités de logement aux étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle en médecine générale.

Ce panorama n'est pas exhaustif, d'autres mécanismes existent notamment de nature fiscale (par exemple, exonération d'Impôt sur le Revenu pour exercice de la permanence des soins ambulatoires en zone fragile, art. 151 ter CGI).

### Annexe 3 • Diagnostic d'accès aux soins urgents

Le ministère chargé de la Santé a engagé avec l'ensemble des agences régionales de santé (ARS), depuis 2012, un plan d'action pour l'amélioration de l'accès aux soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence. Cette annexe présente les résultats de ce diagnostic au 31 décembre 2015 et donne des précisions méthodologiques.

#### *Historique des exercices d'actualisation du diagnostic*

Le tout premier diagnostic des populations situées à plus de 30 minutes des soins urgents a été réalisé par la DREES en 2012. Limité aux seuls services d'urgences (SU) et services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), il considérait les ressources existantes au 31 décembre 2011 telles qu'enregistrées dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et s'appuyait sur une version préliminaire du distancier METRIC de l'Insee. La population Insee mobilisée était celle observée au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Fin 2016, la DREES et la DGOS ont réalisé une actualisation du diagnostic, incluant les principales solutions mises en œuvre par les ARS depuis 2012 : SU, SMUR et leurs antennes, mais aussi médecins correspondant du SAMU (MCS), HéliSMUR et hélicoptères de la Sécurité civile<sup>28</sup>. Ce travail, utilisant le distancier METRIC, considère les ressources existantes au 31 décembre 2015, observées à partir des données de la SAE. Ces données et la connaissance précise des localisations des différents types d'accès aux soins urgents ont été vérifiées et complétées par les ARS, en lien avec la DGOS. La population Insee mobilisée est celle observée au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Ce diagnostic porte donc un regard aussi précis que possible sur la situation au 31 décembre 2015.

#### *Résultats du diagnostic au 31 décembre 2015*

Le diagnostic détaillé se décompose comme suit :

- 3,9 millions de personnes (soit 6 % de la population) se situent à plus de 30 minutes d'un SU ou d'un SMUR au 31 décembre 2015.
- La mise en place des MCS par les ARS a un impact très fort sur le diagnostic : en prenant en compte tous ceux mis en place fin 2015, le nombre de personnes se trouvant à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (SU, SMUR ou MCS) s'établit à 2,8 millions de personnes (soit 4,3 % de la population), soit 1,1 million de personnes de moins que sans prendre en compte les MCS.
- La prise en compte des HéliSMUR permet d'améliorer l'accès aux soins urgents de 1,4 million de personnes supplémentaires en journée, et ramène le nombre de personnes se trouvant à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (en tenant compte des SU, SMUR, MCS ou HéliSMUR) à 1,4 million de personnes en journée (soit 2,2 % de la population). L'impact des moyens

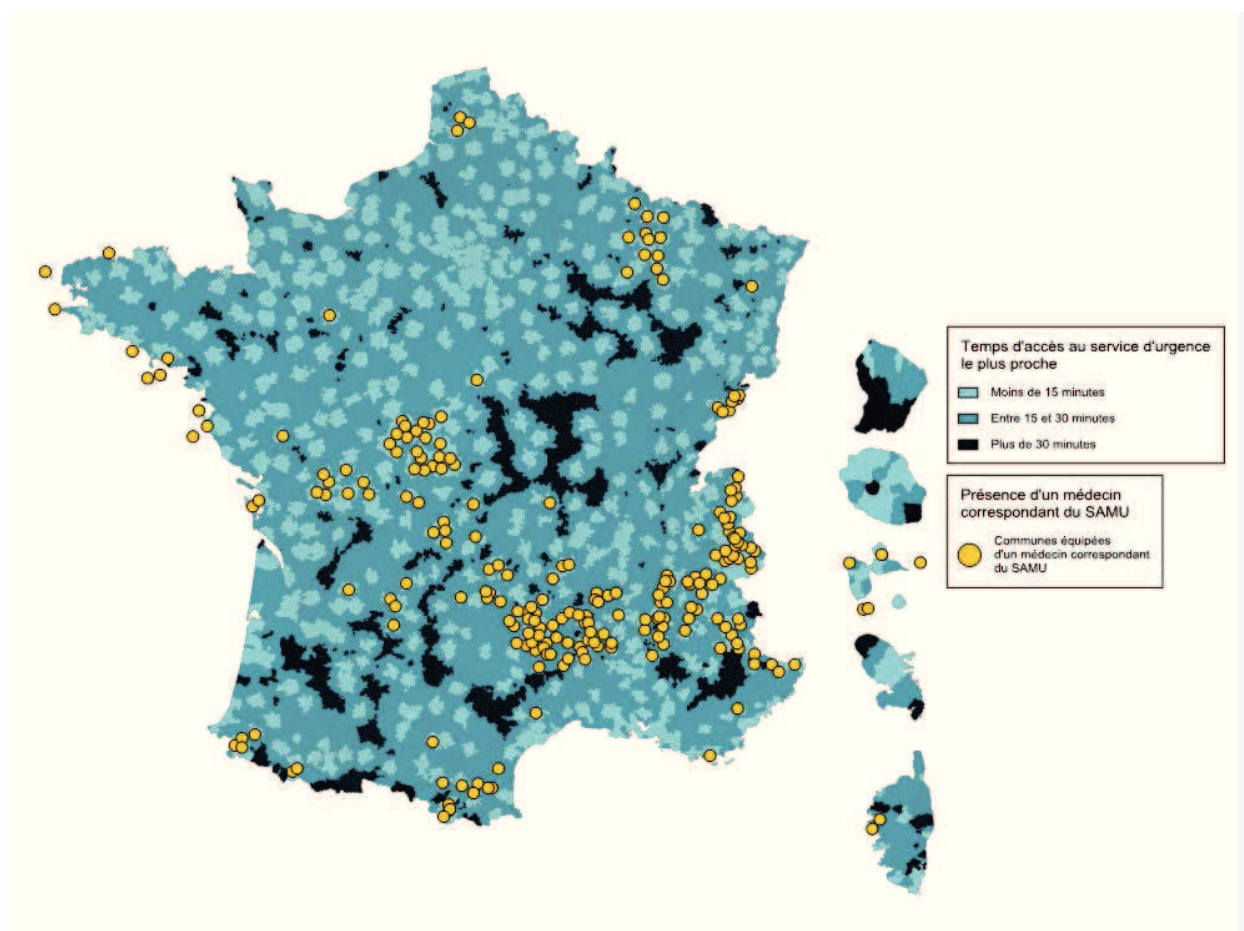
<sup>28</sup> En lien avec l'allocation du 14 septembre 2015 à Vesoul, dans le cadre du comité interministériel aux ruralités, dans laquelle le Président de la République a proposé comme vecteur complémentaire à l'accès aux soins urgents le vecteur hélicopté.

hélicoptérés sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes est variable sur le territoire national mais est déterminant pour certaines régions.

- La prise en compte de la flotte des hélicoptères de la Sécurité civile améliore également la situation : ils couvrent près de 400 000 personnes supplémentaires en journée.

Au 31 décembre 2015, un peu plus de 1 million de personnes se trouvent finalement à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès actuelles que sont les SU, les SMUR, les MCS, les HéliSMUR et les hélicoptères de la Sécurité civile.

➤ **Carte 6 • Temps d'accès aux soins urgents, tous types d'équipement confondus (SU, SMUR, MCS, HéliSMUR et hélicoptères de la Sécurité civile)**



**Champ** > France entière, hors Mayotte.

**Sources** > DREES, SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS) - y compris les structures diurnes (SU) et saisonnières (SMUR) ; Population Insee, 2013 ; INSEE, distancier METRIC (temps moyens ou Heures Creuses (HC)), base des HéliSMUR et hélicoptères de la Sécurité civile, DGOS.

➤ Tableau 11bis • Part de la population à plus de 30 minutes d'un service de soins urgents, selon la région et le type d'équipement

Région	Population municipale 2013	SU +SMUR	SU +SMUR + MCS	SU +SMUR + MCS + HéliSMUR*	SU +SMUR + MCS + HéliSMUR* + Hélicoptères sécurité civile*
Auvergne-Rhône-Alpes	7 757 595	8,5 %	5,2 %	3,4 %	1,9 %
Bourgogne-Franche-Comté	2 819 783	13,5 %	11,2 %	4,5 %	4,5 %
Bretagne	3 258 707	7,6 %	7,2 %	3,2 %	2,2 %
Centre-Val-de-Loire	2 570 548	9,5 %	6,1 %	1,3 %	1,3 %
Corse	320 208	24,4 %	23,6 %	23,6 %	3,4 %
Grand-Est	5 552 388	6,0 %	4,4 %	2,7 %	2,7 %
Guadeloupe	402 119	3,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Guyane	244 118	22,0 %	22,0 %	13,9 %	13,9 %
Hauts-de-France	5 987 883	1,9 %	1,3 %	0,4 %	0,4 %
Île-de-France	11 959 807	0,02 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
La Réunion	835 103	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
Martinique	385 551	21,8 %	21,8 %	21,8 %	6,7 %
Normandie	3 328 364	3,7 %	3,7 %	1,4 %	1,4 %
Nouvelle-Aquitaine	5 844 177	9,0 %	5,2 %	2,8 %	2,3 %
Occitanie	5 683 878	9,3 %	7,3 %	3,5 %	2,7 %
Pays-de-la-Loire	3 660 852	8,1 %	5,5 %	1,2 %	1,2 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	4 953 675	4,2 %	2,9 %	1,3 %	0,6 %
Ensemble	65 564 756	6,0 %	4,3 %	2,2 %	1,6 %

**Remarque** > Dans l'analyse, la population habitant dans des communes non accessibles par la route (de fait, le distancier METRIC ne calcule pas de distance par la route pour ces communes), est considérée à plus de 30min d'un soin urgent par la route.

**Lecture** > Parmi la population de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 8,5 % se trouve à plus de 30 minutes d'un SU ou d'un SMUR. En tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès (SU, SMUR, MCS, HéliSMUR et hélicoptère de la sécurité civile), 1,9 % de la population régionale est à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents.

**Champ** > France entière, hors Mayotte.

**Sources** > DREES, SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS) - y compris les structures diurnes (SU) et saisonnières (SMUR) ; Population Insee, 2013 ; INSEE, distancier METRIC (temps moyens ou Heures Creuses (HC)), base des HéliSMUR et hélicoptères de la Sécurité civile, DGOS.

## ➤ Précisions méthodologiques

C'est le distancier METRIC qui a été utilisé dans le cadre de ces travaux. Développé par l'Insee, il utilise le fond routier de la BD TOPO, mis à disposition gratuitement par l'IGN. Les temps d'accès « au plus proche » sont calculés de chef-lieu de commune à chef-lieu de commune. Ainsi, les équipements et les habitants sont tous localisés au chef-lieu et les habitants d'une même commune ont tous le même temps d'accès (qui est nul, par convention, si la commune est équipée).

Tous les SU (y compris les SU diurnes) et tous les SMUR (y compris les SMUR saisonniers) sont pris en compte.

Le temps d'accès aux SU et le temps d'accès des MCS sont estimés en faisant la moyenne des temps en heures creuses et en heures pleines ; pour les temps d'accès des SMUR en revanche, du fait de leur vitesse supérieure de déplacement, seul les temps en heures creuses sont utilisés.

Pour les hélicoptères (HéliSMUR ou Sécurité civile), le temps de préparation-décollage est fixé à 15 minutes puis la vitesse de déplacement est prise égale à 80 % de la vitesse de croisière (qui est estimée à 230 km/h)<sup>29</sup>. La prise en compte dans le diagnostic du temps de trajet par hélicoptère ne se fait que si le temps d'accès au SU/SMUR/MCS le plus proche est supérieur à 30 minutes

---

<sup>29</sup> Cf. « Hélicoptères sanitaires, doctrine d'emploi et place des hélicoptères dans le cadre des transports sanitaires », Conseil National de l'Urgence Hospitalière, rapport de décembre 2013.

## Les dossiers de la DREES

Mai 2017 /// N°17

### Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?

**Directeur de la publication**

Franck von Lennepe

**Responsable d'édition**

Souphaphone Douangdara

**Création graphique**

Philippe Brulin

**ISSN**

2495-120X



Ministère des Affaires sociales et de la Santé  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP  
Retrouvez toutes nos publications sur [www.drees.social-sante.gouv.fr](http://www.drees.social-sante.gouv.fr)