



HAL
open science

La problématique de l'accès aux soins face aux défis de la déprise médicale : quelles perspectives territoriales ?

Marie Coris, Lucas Bompert, Johanna Dufau

► To cite this version:

Marie Coris, Lucas Bompert, Johanna Dufau. La problématique de l'accès aux soins face aux défis de la déprise médicale : quelles perspectives territoriales ?. [Rapport de recherche] Bordeaux Sciences Economiques / Bordeaux School of Economics -BSE) - UMR 6060. 2022. hal-03740395

HAL Id: hal-03740395

<https://cnrs.hal.science/hal-03740395v1>

Submitted on 29 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Bordeaux Sciences Économiques (BSE) - UMR CNRS 6060

Projet ESSSPOIR (Échelles Spatiales de la Sécurité Sanitaire : Politiques et Orientations Industrielles Régionales ; financé par le Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine).

Convention n°AAPR2021-2020-11940610

“La problématique de l'accès aux soins face aux défis de la déprise médicale : quelles perspectives territoriales ?”

Étude exploratoire et application au territoire du Val de Garonne Agglomération

Marie **CORIS** (dir.)

Lucas **BOMPART** - Johanna **DUFAU**

Juillet 2022

TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	2
Résumé.....	4
Mots clefs	4
codes jel.....	4
Remerciements.....	5
Liste des tableaux, cartes, graphiques, encadrés et schémas.....	6
Liste des tableaux	6
Liste des cartes	7
Liste des schémas	8
Liste des graphiques.....	8
Liste des encadrés.....	10
LISTE DES SIGLES.....	11
INTRODUCTION	14
Partie 1 - L'organisation du système de santé français et ses impacts sur l'offre de soins	18
1.1. L'exercice de la compétence santé en France : centralisation de la décision et déconcentration de l'action.....	20
1.1.1. Le système de santé français : une organisation fortement centralisée.....	20
1.1.2. Une déconcentration partielle de la compétence santé à travers les Agences Régionales de Santé.....	24
1.2. L'impact du système de formation des professionnels de la santé sur la géographie de l'offre de soins	35
1.2.1. L'influence du système de formation des cursus MMOP (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie) sur la répartition géographique de l'offre de soins	37
1.2.2. Les lieux de formation aux professions paramédicales et répartition géographique de l'offre de soins.....	43
1.3. Les inégalités territoriales d'accès aux soins : premiers éléments de discussion.....	47
Partie 2 - Du diagnostic à la lutte contre la déprise médicale : APL et dispositifs d'action	52
2.1. L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) : un indicateur pour appréhender les inégalités territoriales d'accès aux soins	53
2.1.1. De la densité médicale à l'APL : une caractérisation de l'évolution des indicateurs dans une perspective de veille territoriale.....	53
2.1.2. L'indicateur APL : un calcul normalisé des inégalités territoriales.....	56
2.1.3. De l'APL aux déserts médicaux : un indicateur qui révèle de fortes disparités territoriales	67
2.1.4. L'APL à l'épreuve du terrain : enquête en Val de Garonne.....	70
2.2. Les politiques de zonage et les initiatives locales : Agir face aux inégalités d'accès aux soins ..	85
2.2.1. Les ZIP et les ZAC : une logique de compensation pour les territoires sous-dotés	85
2.2.2. Les ZRR : dispositif et impact pour favoriser l'offre de soins en territoire rural	90

2.2.3. Les centres de Santé (CdS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) : deux dispositifs d'initiative locale	93
Partie 3 - Les déterminants de la localisation de l'offre de soins : les mécanismes de formation des inégalités territoriales	100
3.1. Des différences d'APL entre territoires qui s'expliquent en fonction de leurs caractéristiques	100
3.1.1 : La démarche d'analyse	100
3.1.2. les principaux résultats : effets pris séparément	106
3.1.3. Les principaux résultats : effets pris conjointement	107
3.1.4. des analyses complémentaires : estimation de la situation des territoires selon leur degré de densité et estimation des APL au niveau régional	110
3.2. la concentration et les inégalités territoriales de l'offre de soins : une analyse par les densités médicales.....	115
3.2.1. L'indice de Gini : une analyse de la concentration territoriale de l'offre de soins.....	116
3.2.2. Une analyse multi-échelle de la concentration spatiale et des inégalités territoriales par l'indice de Theil	120
3.2.3. Les quotients de localisation : une tentative de caractérisation de la diversité de l'offre médicale sur le territoires	132
3.2.4. L'explication des différences de densité médicale : observation des effets régionaux, densité, taille et AAV sur le territoire français.....	135
Partie 4 - Le lien entre développement territorial et offre de soins : éléments de discussion et pistes de recherche	143
4.1. L'analyse des effets d'entraînement entre développement territorial et offre de soins.....	143
4.1.1 : Une analyse préalable.....	143
4.1.2. Une analyse du lien entre développement territorial et accès aux soins : pistes de recherche	145
4.2. Une analyse comparative des déterminants de la localisation des services et équipements de santé.....	149
4.2.1. Une étude préalable : l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins auprès des médecins et internes en médecine.....	149
4.2.2. Une piste de recherche : approfondir la compréhension des déterminants à la localisation des professionnels de santé	153
CONCLUSION	156
ANNEXES	157
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	178

RESUME

Le rapport appréhende le phénomène de déprise médicale dans une approche d'économie territoriale. La question analysée est celle des déterminants de l'offre de soins : quels sont les éléments qui expliquent la formation des inégalités territoriales d'accès aux soins et quels sont les leviers, entre politique nationale et initiatives locales, permettant d'agir sur cette répartition ? Nous analysons dans un premier temps l'organisation du système de santé français et son impact sur l'offre de soins et sa répartition sur le territoire national. Nous abordons ensuite la question du diagnostic des inégalités territoriales (APL, Accessibilité Potentielle Localisée) et des politiques de zonage mises en place pour y remédier. L'identification des déterminants des inégalités d'accès étant un enjeu de diagnostic majeur, nous mobilisons dans un troisième temps les outils de l'analyse territoriale afin d'appréhender les mécanismes de formation des inégalités territoriales. Le rapport se conclut en proposant des pistes pour l'analyse de la relation entre offre de soins et développement économique d'une part et pour celle des déterminants de localisation des professionnels de santé, d'autre part.

MOTS CLEFS

Déprise médicale ; Offre de soins ; Système de santé ; Inégalités territoriales ; Développement territorial ; Analyse spatiale ; Zonages ; Accessibilité Potentielle Localisée (APL).

CODES JEL

R58, I18, O18

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à ce travail.

En premier lieu, merci aux équipes d'enquêteurs issus des promotions du Master Intelligence Economique de l'université de Bordeaux, pilotées par Frédéric Gaschet, Marilyne Peyrefitte et Christophe Carrincazeaux.

Un grand merci aux membres du laboratoire de recherche (BSE, université de Bordeaux, UMR CNRS 6060), en particulier à Laurence Derache, Florence Duquesnoy, Anne Horain et Sandrine Mérias. Mention spéciale à Karine Onfroy.

Merci surtout à tous les habitants du Val de Garonne qui ont répondu à notre enquête. Un grand merci aussi au Val de Garonne Agglomération, à son Président, à sa Vice-Présidente Santé, à Laurence Bessières et Sonia Ghrairi pour avoir accompagné et orienté notre recherche.

Nous remercions profondément le Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine qui soutient, encourage et accompagne nos travaux de recherche. Nous espérons que notre travail lui sera utile.

Un grand merci aussi à Olivier Bouba Olga et Delphine Libaros du service DATAR du conseil régional de Nouvelle-Aquitaine et à Marie Pierre Janalhiac et Abdoul Sawadogo du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine pour nos échanges et les orientations qu'ils ont donné à nos travaux.

Un très très grand merci aux étudiants qui se sont impliqués, souvent bénévolement, dans le projet, Louise Colliat, Clémentine Dagnaud, Anthony Ghosn, Emmy Kusters, Louis Mercier, Laura Monmarin et, dernier par ordre alphabétique mais certainement pas pour son implication, Robin Pointet. Après deux années très particulières, c'était un véritable plaisir de redécouvrir le plaisir du travail en équipe. Vous êtes si jeunes et pourtant tellement sensibles aux problématiques des populations dont vous êtes allés à la rencontre, consacrant vos fins de semaine à arpenter dès potron minet le territoire du Val de Garonne, que "Docteur Coris" comme vous l'appellez n'a pas de doute : la relève est là.

LISTE DES TABLEAUX, CARTES, GRAPHIQUES, ENCADRES ET SCHEMAS

LISTE DES TABLEAUX

[Tableau n°1](#) : Compétence de l'État en matière d'action sociale et santé

[Tableau n°2](#) : Établissements de santé

[Tableau n°3](#) : Professions de santé

[Tableau n°4](#) : Professionnels de santé et formation associée

[Tableau n°5](#) : évolution des effectifs des étudiants infirmiers

[Tableau n°6](#) : Conditions d'installation des professionnels de santé

[Tableau n°7](#) : Les indicateurs du zonage (2003-2022)

[Tableau n°8](#) : Taxinomie des études d'accès aux soins combinant dimensions et étapes

[Tableau n°9](#) : Pondération de l'activité des médecins généralistes

[Tableau n°10](#) : Comptabilisation de l'activité des médecins généralistes pour les données d'APL aux médecins généralistes de 2015, 2016, 2017 et 2018

[Tableau n°11](#) : Pondération de la population selon l'âge

[Tableau n°12](#) : Effet du seuil de distance sur l'Accessibilité potentielle localisée (APL) [corrélation pondérée par la population]

[Tableau n°13](#) : Pondération de l'accessibilité au médecin généraliste en fonction du temps d'accès

[Tableau n°14](#) : Décroissance de l'accessibilité avec la distance

[Tableau n°15](#) : Les principaux dispositifs d'aide en ZIP et en ZAC

[Tableau n°16](#) : Part des différences géographiques expliquées par les effets taille, région, AAV et densité

[Tableau n°17](#) : Situation relative des degrés de densité en France métropolitaine

[Tableau n°18](#) : Situation relative des régions en France métropolitaine

[Tableau n°19](#) : Présentation des services de santé selon la gamme d'appartenance

[Tableau n°20](#) : Indice de Gini

[Tableau n°21](#) : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme de proximité de la BPE

[Tableau n°22](#) : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme de proximité de la BPE

[Tableau n°23](#) : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme intermédiaire de la BPE

[Tableau n°24](#) : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme intermédiaire de la BPE

[Tableau n°25](#) : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme supérieure de la BPE

[Tableau n°26](#) : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme supérieure de la BPE

[Tableau n°27](#) : Indice de Theil pour les équipements de l'enseignement

[Tableau n°28](#) : Part des différences de densités médicales expliquées par les effets taille, région, AAV et densité

[Tableau n°29](#) : Gestion des établissements scolaire

[Tableau n°30](#) : Corrélation entre les services et équipements de santé et les services de proximité, intermédiaire et supérieur au niveau communal

LISTE DES CARTES

[Carte n°1](#) : répartition des centres hospitaliers régionaux (CHR), des centres hospitaliers (CH) et des hôpitaux locaux français en 2022

[Carte n°2](#) : répartition des établissements privés de santé français en 2022

[Carte n°3](#) : Contrats locaux de santé actifs ou en projet en Nouvelle-Aquitaine au 1er mars 2020

[Carte n°4](#) : Localisation des UFR françaises selon les données de la BPE de 2020

[Carte n°5](#) : Répartition des densités de médecins généralistes au niveau intercommunal (2021)

[Carte n°6](#) : Répartition des densités de dentistes au niveau intercommunal (2021)

[Carte n°7](#) : Localisation des écoles de formation sanitaire et sociale françaises (BPE 2020)

[Carte n°8](#) : Répartition des densités des infirmiers libéraux au niveau intercommunal (2021)

[Carte n°9](#) : APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans par communes en 2018

[Carte n°10](#) : Niveau d'APL aux infirmiers libéraux par commune et par région en 2018

[Carte n°11](#) : Répartition des densités de pharmacie au niveau communal en 2021

[Carte n°12](#) : APL aux médecins généralistes au niveau départemental en 2018

[Carte n°13](#) : Déserts médicaux français au sens de la Drees en 2021

[Carte n°14](#) : Localisation du VGA

[Carte n°15](#) : Répartition de l'offre de soins de proximité dans les communes du VGA en fonction du nombre de services et équipements présents en 2020

[Carte n°16](#) : Géographie du zonage conventionnel des communes françaises en 2018

[Carte n°17](#) : Illustration du classement en ZRR pour les communes françaises

[Carte n°18](#) : Représentation des communes françaises en fonction de leur niveau de centralité (2020)

LISTE DES SCHEMAS

[Schéma n°1](#) : Le système de santé français : une organisation hiérarchique

[Schéma n°2](#) : Organisation et structure du système sanitaire au niveau national

[Schéma n°3](#) : Organisation du projet régional de santé (PRS)

[Schéma n°4](#) : De la planification à la programmation : le modèle organisationnel des Agences Régionales de Santé

[Schéma n°5](#) : Exemple de zone de patientèle et de zone de recours

[Schéma n°6](#) : cercle vicieux ou vertueux du développement territorial

[Schéma n°7](#) : Matrice des services et équipement en fonction de leur gamme, de leur degré de liberté d'installation et de leur secteur d'activité

LISTE DES GRAPHIQUES

[Graphique n°1](#) : Évolution du numerus clausus des études de médecine en France entre 1972 et 2019

[Graphique n°2](#) : Répartition des internats selon le type de structures d'accueil en 2015

[Graphique n°3](#) : Fonction de décroissance du recours au médecin généraliste avec la distance

[Graphique n°4](#) : Structure par âge de la population de la population de VGA et de l'échantillon

[Graphique n°5](#) : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du genre

[Graphique n°6](#) : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du lieu de résidence

[Graphique n°7](#) : Mode de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste

[Graphique n°8](#) : Temps de transport pour accéder à son médecin traitant

[Graphique n°9](#) : Difficultés rencontrées dans la prise de rendez-vous chez le médecin traitant

[Graphique n°10](#) : Comportement des patients en cas de difficultés rencontrées dans la prise de rendez-vous chez le médecin traitant

[Graphique n°11](#) : Les difficultés d'accès aux spécialistes rencontrées par la population enquêtée

[Graphique n°12](#) : Spécialistes les plus manquants sur le territoire selon la population enquêtée

[Graphique n°13](#) : Connaissance de la télémédecine

[Graphique n°14](#) : Pratique de la téléconsultation

[Graphique n°15](#) : Raisons du non recours à la téléconsultation

[Graphique n°16](#) : Niveaux de satisfaction relatifs à l'expérience de la téléconsultation

[Graphique n°17](#) : Conditions pour renouveler l'expérience de la télémédecine

[Graphique n°18](#) : Perception de l'efficacité de la télémédecine

[Graphique n°19](#) : Crainte associée à la détérioration de la relation entre le patient et son médecin

[Graphique n°20](#) : utilité de la télémédecine pour les déserts médicaux

[Graphique n°21](#) : zonage des communes en fonction de la dotation médicale (niveau national)

[Graphique n°22](#) : zonage des communes en fonction de la dotation médicale (niveau VGA)

[Graphique n°23](#) : classement des communes en ZRR au niveau national

[Graphique n°24](#) : Évolution du nombre de centres de santé en France entre 2010 et 2021

[Graphique n°25](#) : Évolution du nombre de maisons de santé Pluriprofessionnelle en France depuis 2008

[Graphique n°26](#) : Évolution du nombre de CPTS en vigueur depuis 2016

[Graphique n°27](#) : Indice de Theil et indice de proportion pour les différents services et équipements de santé, selon leur gamme d'appartenance (BPE, 2020)

[Graphique n°28](#) : Organisation spatiale des activités selon le modèle de Christaller

[Graphique n°29](#) : Quotient de localisation des équipements et services de santé en Lot-et-Garonne (BPE, 2020)

[Graphique n°30](#) : Écart type liés aux quotients de localisation des professionnels de santé par département

[Graphique n°31](#) : Situation professionnelle des répondants

[Graphique n°32](#) : aspiration des internes en termes d'exercice de la profession

[Graphique n°33](#) : répartitions des médecins généralistes selon le mode d'exercice (2012-2021)

[Graphique n°34](#) : Importance des aides financières dans le choix de localisation des professionnels de santé déjà installés

[Graphique n°35](#) : Importance des aides financières dans le choix de localisation des internes

[Graphique n°36](#) : Facteurs favorisant l'installation des internes

LISTE DES ENCADRES

- [Encadré n°1](#) : Exemple des orientations fixées par le PRS Nouvelle-Aquitaine de 2018 à 2028
- [Encadré n°2](#) : Exemple des enjeux ciblés par le COS du PRS Nouvelle-Aquitaine de 2018 à 2028
- [Encadré n°3](#) : Exemple du SRS 2018-2023 du PRS Nouvelle Aquitaine 2018-2028
- [Encadré n°4](#) : L'APL (Accessibilité Potentielle Localisée)
- [Encadré n°5](#) : Méthode de calcul de la zone de patientèle et de la zone de recours
- [Encadré n°6](#) : Les Équivalents Temps Plein (ETP)
- [Encadré n°7](#) : Standardisation de la population
- [Encadré n°8](#) : Prise en compte de la distance temps dans l'APL
- [Encadré n°9](#) : Méthode de calcul de l'APL
- [Encadré n°10](#) : Télémédecine : définition et éléments de gouvernance
- [Encadré n°11](#) : les communautés professionnelles territoriales de santé
- [Encadré n°12](#) : Méthodologie et clefs de lecture du tableau n°16
- [Encadré n°13](#) : Clefs de lecture du tableau n°17
- [Encadré n°14](#) : Clefs de lecture du tableau n°18
- [Encadré n°15](#) : Gammes d'équipements de l'Insee
- [Encadré n°16](#) : Clefs de lecture du tableau n°20
- [Encadré n°17](#) : Clefs de lecture des tableaux n°21, 23 et 25
- [Encadré n°18](#) : Clefs de lecture des tableaux n°22, 24 et 26
- [Encadré n°19](#) : Focus sur les services et équipements d'enseignement
- [Encadré n°20](#) : Le quotient de localisation
- [Encadré n°21](#) : Méthodologie et clefs de lecture du tableau n°28
- [Encadré n°22](#) : Focus sur les inégalités de densité des services et équipements du domaine de l'enseignement
- [Encadré n°23](#) : Clefs de lecture du tableau n°30
- [Encadré n°24](#) : L'analyse de la relation entre développement territorial et accès aux soins sur le territoire du Val de Garonne
- [Encadré n°25](#) : Focus médecin

LISTE DES SIGLES

- ACI** : accord conventionnel interprofessionnel
- ANCT** : agence nationale de la cohésion des territoires
- ANS** : agence du numérique en santé
- APL** : accessibilité potentielle localisée
- ARS** : agence régionale de santé
- BPE** : base permanente des équipements
- CES** : Conseil économique et social
- CESP** : contrat d'engagement de service public
- CdS** : Centre de santé
- CH** : centre hospitalier
- CHR** : centre hospitalier régional
- CHU** : centre hospitalier universitaire
- CLS** : contrat local de santé
- CNOM** : conseil national de l'ordre des médecins
- COS** : cadre d'orientation stratégique
- CPTS** : communautés professionnelles territoriales de santé
- DGCS** : direction générale de la cohésion sociale
- DGS** : direction général de la santé
- DGSS** : direction générale de la sécurité sociale
- DGOS** : direction générale de l'offre de soins
- DHOS** : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Loi **DTR** : Loi relative au développement des territoires ruraux
- ECN** : épreuves classantes nationales
- EHESP** : École des hautes études en santé publique
- EPCI** : établissement public de coopération intercommunale
- FINESS** : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- FIR** : fonds d'intervention régional

FSEF : fondation santé des étudiants de France

GIP : groupement d'intérêt public

HAD : hospitalisation à domicile

Loi **HPST** : Loi hôpital, patients, santé et territoires

IDEL : infirmier diplômé d'état libéral

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

LAS : licence accès santé

MMOP : médecine maïeutique odontologie pharmacie

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

MRS : missions régionales de santé

NA : Nouvelle-Aquitaine

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONDPS : observatoire de la démographie des professions de santé

ORS : observatoire régional de la santé

Loi **OTSS** : Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

PAMSU : praticien agréé maître de stage universitaire

PASS : parcours accès santé spécifique

PPRGDR : programme pluriannuel régional de gestion du risque

PRAPS : programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : projet régional de santé

PRT : programme de développement de la télémédecine

PTMG : praticien territorial de médecine générale

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

SRP : schéma régional de prévention

SRS : schéma régional de santé

SROMS : schéma régional de l'organisation médico-sociale

SROS : schéma régional d'organisation des soins

UFR : unité de formation et de recherche

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

VGA : Val de Garonne Agglomération

TIC : technologie de l'information et de la communication

ZAC : zone d'action complémentaire

ZFU : zone franche urbaine

ZIP : zone d'intervention prioritaire

ZRR : zone de revitalisation rurale

2SFCA : two-step floating catchment area

INTRODUCTION

Particulièrement à l'occasion de la campagne présidentielle de 2022, la question de la déprise médicale a pris une place prépondérante dans le débat public. "Sous-dotation médicale, zones "sous-dotées en professionnels de santé", "déserts médicaux" les qualificatifs ne manquent pas. La question des inégalités d'accès aux soins n'est pas nouvelle mais elle s'intensifie et semble devenir de plus en plus problématique. Depuis le début des années 2000, des études et travaux de recherche (Berland, 2005 ; Bernier, 2008 ; Bruguière, 2011 ; Hubert, 2010 ; Maurey, 2013 ; Cardoux et Daudigny, 2017 ; Faure et al, 2017) tentent de comprendre ce phénomène afin de proposer des pistes d'action pour y remédier. La déprise médicale fait ainsi l'objet d'un enjeu de connaissance académique pour accompagner les politiques qui permettront d'endiguer le phénomène.

DESERT MEDICAL ET DEPRISE MEDICALE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le terme de désert médical a été proposé pour désigner les zones où l'accès aux soins au sens de la dotation en médecins généralistes est jugée problématique en raison de son insuffisance. La déprise médicale, qui est le phénomène associé au fait "d'être un désert médical" se pose à l'échelle du territoire, car c'est à ce niveau que les conséquences sont subies.

Un désert médical est un espace sans ou manquant de médecins (Picheral, 2001). Pour Chevillard *et al.* (2018, p.363), « Il s'agit, par exemple, de signifier le manque de médecins dans un territoire donné, la difficulté à en attirer de nouveaux, le non-remplacement d'un départ à la retraite ou encore des délais d'attente ou des distances d'accès jugés trop longs. ». Actuellement, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique) retient trois difficultés d'accès : aux urgences, aux médecins généralistes et aux pharmacies pour qualifier la désertification médicale.

Le terme désert médical est relativement peu utilisé dans la littérature académique car jugé peu représentatif de la pluralité des problématiques d'accès aux soins et des moyens d'y recourir. On lui préfère celui de déprise médicale.

La production de connaissance relative à la compréhension et à l'analyse du phénomène de désertification médicale se nourrit des travaux de trois types d'acteurs : les instituts de recherche et de statistiques¹, les universitaires et les acteurs du monde socio-économique (rapports sénatoriaux, de l'Assemblée nationale, rapports de collectivités territoriales, associations, groupements d'intérêt public, etc.), notamment dans une perspective de diagnostic et d'évaluation des dispositifs en place.

Les enjeux de connaissance portent principalement sur quatre axes complémentaires : 1) l'analyse des échelles spatiales de la formation des inégalités d'accès aux services de santé ; 2) la recherche des déterminants à la formation de ces inégalités ; 3) la création d'indicateur de mesure de la déprise médicale et 4) l'évaluation et la proposition de dispositifs d'action publique pour endiguer le phénomène.

¹ En France, L'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé) et la DREES sont les principaux instituts de recherche et de statistiques. Ils rassemblent en leur sein des équipes chargées d'identifier le phénomène (analyse des échelles de formation des inégalités et création d'indicateurs) mais aussi des équipes chargées d'en comprendre les déterminants et d'évaluer les dispositifs en place.

Nous proposons d'inscrire notre recherche dans le cadre de ces travaux en proposant un rapport d'étude exploratoire questionnant le phénomène de la déprise médicale dans une perspective d'économie territoriale.

LA DEPRISE MEDICALE : UN PHENOMENE COMPLEXE QUI SE VIT A L'ECHELLE TERRITORIALE

En France, la politique de santé est principalement du ressort de l'Etat alors que la déprise médicale se vit à l'échelle territoriale (Ono et al., 2014). En effet, les inégalités dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire national relève d'une organisation de type "centre-périphérie"² (Krugman, 1991). Elle signifie la formation de grands centres urbains concentrant les activités économiques, à côté de territoires périphériques, souvent en marge du développement de ces activités et ruraux. Des divergences de plus en plus marquées se sont formées entre ces deux types de territoires. D'un côté, les centres, ouverts sur le reste du monde (échanges commerciaux) et créateurs de valeur, se développent fortement en captant des populations et les activités des autres territoires. De l'autre, les périphéries, progressivement délaissées et dont les conditions socio-économiques ne cessent de se dégrader. Des inégalités vont alors se former et se creuser entre ces deux types de territoires, multiples et souvent cumulatives. Aux inégalités démographiques viennent s'ajouter des inégalités sociales, des inégalités économiques mais également des inégalités en matière de santé et plus particulièrement d'accès aux soins. Ainsi que les autres activités, les services et équipements en santé, comme la quasi-totalité des activités économiques, vont-elles aussi se concentrer au sein des grands pôles urbains ? Malgré un système de santé français reconnaissant l'accès à la santé comme un service public, des dysfonctionnements existent et sont visibles.

Le constat des inégalités territoriales à la santé est évident et la question de l'accès aux soins n'est pas récente. Elle se posait déjà dans les années 1980. Penchansky et Thomas (1981) par exemple, identifient cinq dimensions de l'accès à l'offre de soins pouvant devenir des facteurs de renoncement aux soins : la disponibilité de l'offre (la dotation d'un territoire en professionnels de santé), l'accessibilité spatiale (conditions d'accès aux structures médicales), l'organisation des services de santé (horaires d'ouverture des structures médicales), l'accessibilité financière (contraintes de revenus, de couverture complémentaire et de reste à charge) et l'acceptabilité des soins (attentes des patients aux regards des caractéristiques du médecin, notamment : âge, genre et langue). Face à l'amplification du phénomène, certains travaux plus récents (Raynaud, 2013 ; Weinhold et Gurtner, 2014) ciblent trois facteurs principaux d'inefficacité. Le déficit en qualité de soins (manque de diversité des spécialités médicales et paramédicales et des types de structures présentes sur un territoire, médecine de ville, soins ambulatoires, médecine hospitalière etc.) peut compromettre la continuité des parcours de soins. L'utilisation inefficace des services de santé (inadéquation entre offre et demande de soins) serait à l'origine de phénomènes de congestion, de désorganisation, et de sur-dépense. L'existence de délais longs (pour la prise de rendez-vous, en salle d'attente, pour la réalisation d'examen complémentaires) enfin, peut agir comme un vecteur supplémentaire de perte de chance et de renoncement aux soins.

Les territoires concernés par la déprise médicale sont souvent ceux rencontrant des difficultés dans d'autres domaines socio-économiques, territoires ruraux ou zones périurbaines. Cette sous-dotation est particulièrement préoccupante aujourd'hui car, au-delà de son constat, des raisons laissent penser à une possible dégradation de la situation. Celle-ci s'explique par deux raisons :

- Les territoires ruraux sont des zones à la population vieillissante. Cette population implique un besoin grandissant en accès aux soins pour deux raisons : la nécessité d'un suivi régulier et

² Le modèle "centre-périphérie" est développé par Krugman (Nouvelle Économie Géographique) en 1991. Ce modèle vise à expliquer la concentration des activités selon des mécanismes de marché.

des difficultés éventuelles de déplacement, nécessitant un accès facilité sur le plan pratique. En l'état, si l'offre de soins reste constante et en raison des modifications démographiques, la situation des déserts médicaux va mécaniquement se tendre (Vernay et al., 2015 ; Bontron, 2013).

- À travers la question de l'offre de soins, une question plus large se pose : celle de l'attractivité territoriale et du développement économique. Au cœur du développement d'un territoire, on retrouve les conditions d'accès aux soins. Ainsi, pour un territoire, l'enjeu du développement et du maintien d'un niveau suffisant d'offre de soins est double : garantir le droit à se faire soigner pour la population, mais aussi attirer de nouveaux résidents.

Le phénomène de la déprise médicale soulève ainsi la problématique de la dévitalisation de certains territoires dans lesquels les conditions de vie deviennent de plus en plus contraignantes et les perspectives de développement de plus en plus restreintes.

CONTEXTE DE L'ETUDE : LE PROJET DE RECHERCHE ESSSPOIR ET L'ETUDE DE TERRAIN EN VAL DE GARONNE

Le projet de recherche ESSSPOIR³ s'intéresse à l'organisation territoriale du système de santé français au croisement de trois dimensions : **la demande** (i.e. les patients ou plus généralement la population), **l'offre** (i.e. les professionnels et équipements de santé) et **les collectivités territoriales**. C'est en ce sens que nos travaux s'inscrivent dans une perspective de développement économique territorial. La question des inégalités d'accès à la santé et de la répartition des activités de santé est complexe puisqu'elle croise plusieurs enjeux ainsi que des acteurs divers. Elle est en lien avec des **éléments démographiques** (la demande est fonction de la structure démographique de la population et donc du vieillissement observé), des **éléments sociaux** (les territoires touchés sont en difficulté sur des aspects sociaux : taux de chômage, catégories socio-professionnelles de la population...), des **éléments économiques** (métropolisation des activités et territoires très peu créateurs de richesse) et des **éléments politiques** (mise en place de dispositifs particuliers et redistribution nécessaire de la part de l'État).

Pour affiner la compréhension de la déprise médicale au niveau territorial, une collaboration a été mise en place avec l'EPCI (Établissement public de coopération intercommunale) du **Val de Garonne**, dans le Lot-et-Garonne. Celle-ci a notamment permis la réalisation d'une enquête auprès de la population, enquête visant à appréhender le ressenti de la population en matière d'accès aux soins ainsi que sa perception et sa pratique de la télémédecine (les téléconsultations étant souvent présentées comme un moyen susceptible de compléter ou soutenir une offre en situation de sous dotation). L'enquête est présentée dans la partie 2.1.4. (p. 70).

³ Échelles Spatiales de la Sécurité Sanitaire : Politiques et Orientations Industrielles Régionales (CCRRDT Région Nouvelle Aquitaine, 2021-2025, CONVENTION N°AAPR2021-2020-11940610). Ce projet de recherche s'articule autour de trois axes : 1) les ruptures d'approvisionnement en produits de santé et réindustrialisation en matière de produits pharmaceutiques ; 2) l'organisation territoriale de l'accès aux soins et les potentialités offertes par la télémédecine ; 3) les stratégies et politiques d'innovation dans les secteurs des dispositifs médicaux et des biotechnologies. <https://www.bse.u-bordeaux.fr/recherche/projet-region-esssipoir/>

PROBLEMATIQUE

Notre étude se donne pour objectif d'appréhender le phénomène de déprise médicale dans une approche d'économie territoriale et de gouvernance des politiques publiques. Nous cherchons à comprendre quelle peut être la marge d'action des territoires sur l'offre de soins. La problématique est celle des déterminants de l'offre de soins : quels sont les éléments qui expliquent la formation des inégalités territoriales d'accès aux soins et quels sont les leviers, entre politique nationale et initiatives locales, permettant d'agir sur cette répartition ?

PRESENTATION DU RAPPORT

Afin de dresser le diagnostic du phénomène de déprise médicale, d'analyser les politiques en vigueur tout en questionnant la pertinence des échelles d'action et en proposant des pistes pour l'amélioration de la compréhension du phénomène, nous proposons de procéder en quatre temps.

La première partie *L'organisation du système de santé français et ses impacts sur l'offre de soins* présente l'organisation du système de santé français, afin d'envisager la place des collectivités dans l'exercice de la compétence santé. Nous questionnons l'impact que peut avoir cette organisation, fortement centralisée, sur l'offre de soins et sa répartition, en étudiant en particulier les cursus de formation des professionnels médicaux et paramédicaux.

La deuxième partie *Du diagnostic à la lutte contre la déprise médicale : APL et dispositifs d'action* aborde les deux questions du diagnostic de la déprise médicale et des politiques mises en place pour y remédier. Nous proposons une présentation détaillée du principal indicateur de diagnostic, l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée) puis nous questionnons l'efficacité des politiques de zonage, principaux dispositifs de compensation, pour la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Dans notre troisième partie *Les déterminants de la localisation de l'offre de soins : les mécanismes de formation des inégalités territoriales* nous discutons de la pertinence de l'indicateur APL. L'identification des déterminants des inégalités d'accès étant un enjeu de diagnostic majeur et nécessaire à l'adéquation des politiques, nous mobilisons les outils de l'analyse territoriale afin de proposer des méthodes alternatives pour appréhender les mécanismes de formation des inégalités à l'échelon local.

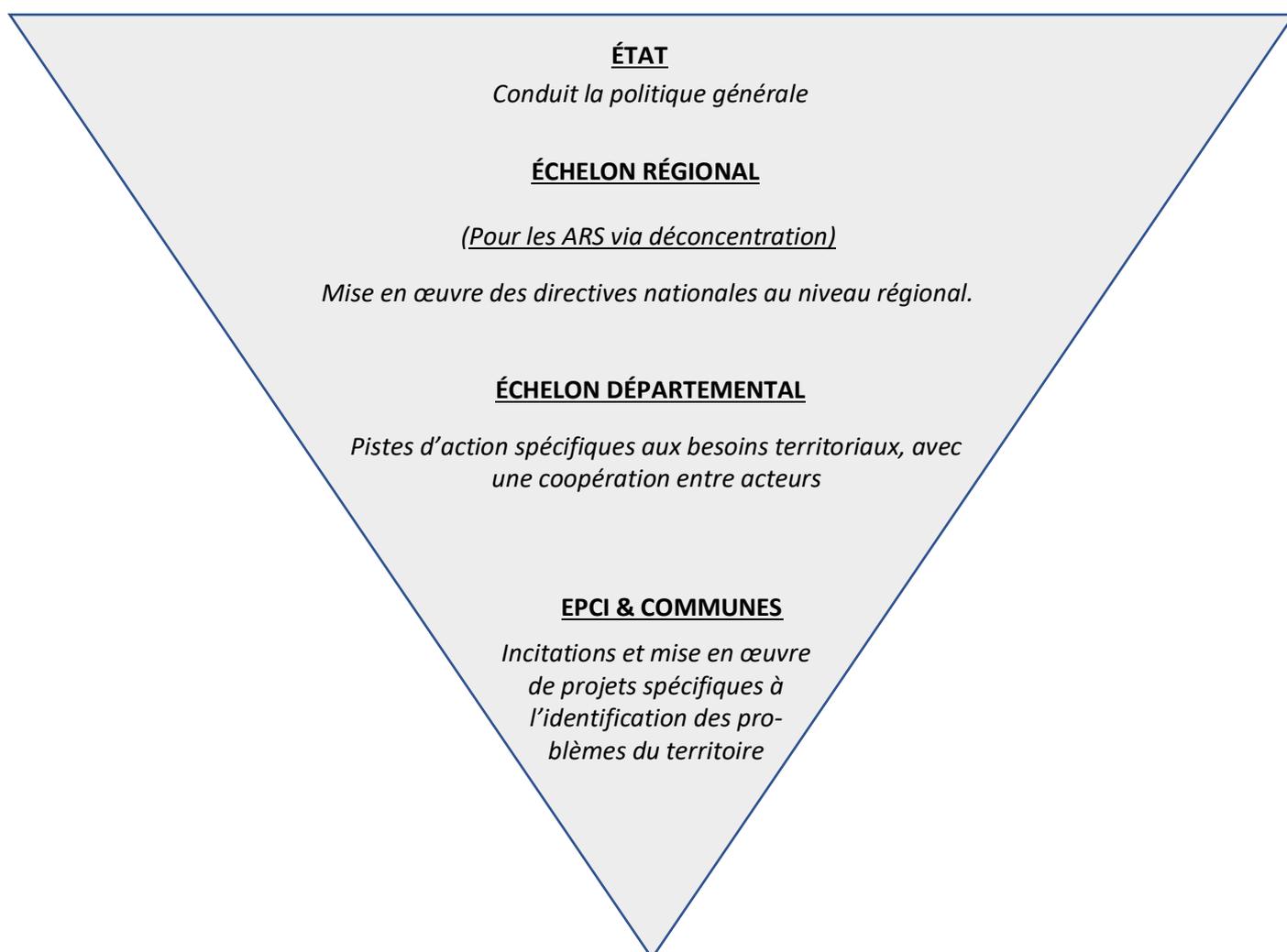
Enfin, nous ouvrons la discussion dans une quatrième partie *Le lien entre développement territorial et offre de soins : éléments de discussion et pistes de recherche* en proposant des pistes pour l'analyse de la relation entre offre de soins, développement économique et attractivité du territoire d'une part et pour celle des déterminants de localisation des professionnels de santé, dans une perspective comparative, d'autre part.

PARTIE 1 - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS ET SES IMPACTS SUR L'OFFRE DE SOINS

En France, la compétence santé est une compétence qui relève principalement de l'Etat. À travers la déconcentration et la décentralisation, certaines missions se voient depuis quelques années confiées à des niveaux infranationaux afin de tenir compte des spécificités territoriales. Assez complexe, le système de santé français s'organise ainsi autour de plusieurs niveaux de collectivité (État, région, département, intercommunalité et commune), chaque échelle détenant un certain niveau d'action afin d'assurer l'accès aux soins de la population (voir tableau des compétences en annexe 1, p. 158).

Schématiquement, le système de santé français s'organise autour d'une décision centralisée qui se décline en actions territorialisées (voir schéma 1 ci-dessous) : les décisions relèvent des ministères sanitaires et sociaux, tandis que leur application relève d'organismes déconcentrés tels que les Agences Régionales de Santé (ARS) et de collectivités locales (intercommunalités et communes).

Schéma n°1 : Le système de santé français : une organisation hiérarchique



Source : Tableau synthétique de répartition des compétences, Ministère de la Cohésion des Territoires, novembre 2019 - schéma : CBD

Quel peut être l'impact de la centralisation forte de la compétence santé sur l'offre de soins et sa répartition ? Telle est la question que nous posons dans cette première partie. Afin d'apporter des éléments de réponse et de discussion, nous caractérisons l'architecture et le fonctionnement de la gouvernance en matière de santé dans un premier temps (1.1.), ce qui nous permet d'aborder ensuite son impact sur l'offre de soins et sa localisation, en considérant en particulier l'organisation des études en santé (1.2.).

1.1. L'EXERCICE DE LA COMPETENCE SANTE EN FRANCE : CENTRALISATION DE LA DECISION ET DECONCENTRATION DE L'ACTION

L'Etat a un rôle de planificateur et de définition de la politique de santé. Les objectifs sont définis au niveau national dans une logique de service public visant à garantir l'égalité des chances de l'ensemble de la population (1.1.1). Sur le plan juridique, et donc en tant que compétence, la santé ne relève pas des collectivités territoriales (Rapport du Sénat n°600, 14/06/2011). Cependant, depuis la loi relative à la réforme hospitalière de 1991, l'échelon régional s'affirme progressivement dans l'application de l'action sanitaire (1.1.2).

1.1.1. LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS : UNE ORGANISATION FORTEMENT CENTRALISEE

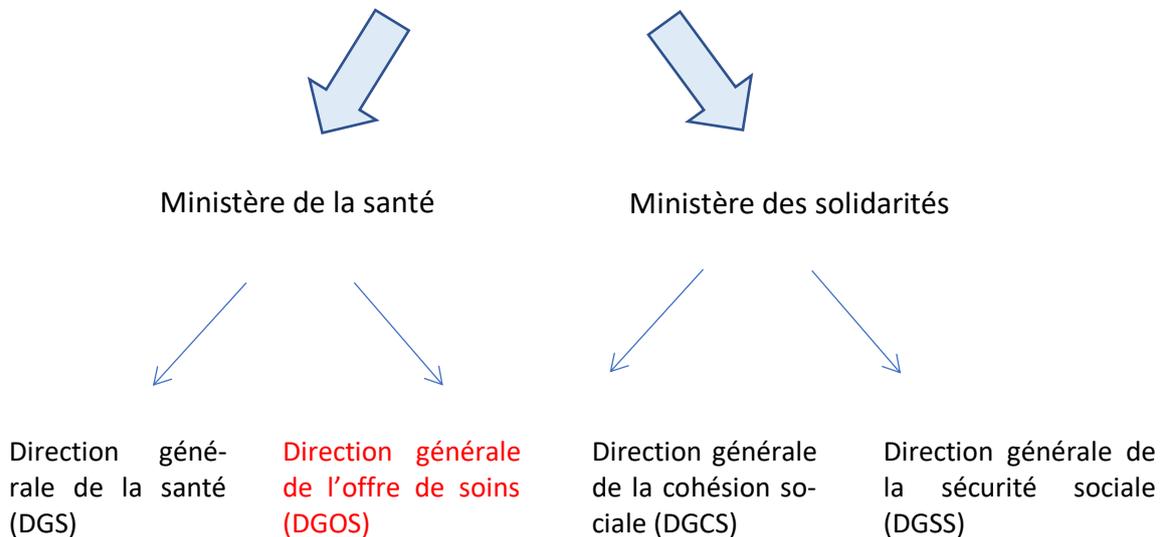
Le système de santé français s'est construit dans une logique de planification. La gouvernance décisionnelle est centralisée : l'Etat est à la fois le principal financeur des instances de soins (hôpitaux, pharmacie, médecine de ville, etc.) et le garant du fonctionnement de l'accès aux soins. Le financement du système de santé se réalise par le prélèvement de cotisations auprès des populations et des entreprises.

L'Etat agit de manière à assurer trois principaux objectifs : la qualité, la quantité et la bonne répartition de l'offre de soins. C'est le Ministère des Solidarités et de la Santé⁴ qui est chargé de la définition de la politique générale de santé. À ce titre, il fixe les orientations en matière de santé publique, de construction et organisation de l'offre de soins, de cohésion et de justice sociale ainsi qu'en matière de financement de la sécurité sociale.

Les services du Ministère des Solidarités et de la Santé se subdivisent en quatre grands services nommés directions générales (schéma 2 ci-dessous). Son action est structurée autour d'un ensemble d'organismes (43 instituts et agences) placés sous sa tutelle et qui assurent un ensemble de missions spécifiques selon un périmètre défini par l'instance gouvernementale. Nous pouvons par exemple citer les agences suivantes : Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé, Agence de la biomédecine, Établissement français du sang, etc. Le détail des instituts et agences sous la tutelle de l'Etat est présenté dans l'annexe 2 (p. 161).

⁴ Les ministères des solidarités et de la santé sont, selon les périodes politiques, groupés ou séparés. Aujourd'hui, les deux ministères agissent séparément.

Ministère des solidarités et de la santé



Source : Organisation du système de santé français, Espace soignant

L'Etat étant le principal instigateur de la compétence santé, ses missions sont multiples et ses champs d'action très diversifiés. Nous les présentons dans l'annexe 1 (p. 160) et les synthétisons dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau n°1 : Compétence de l'État en matière d'action sociale et santé

ÉTAT	<p>Santé : Définition des objectifs de santé publique, des plans et programmes associés au niveau national et régional ; Prévention et gestion des menaces sanitaires graves ; Lutte contre la toxicomanie, protection de la santé mentale, vaccination, dépistage des cancers et lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Création des établissements publics de santé. Définition des mesures de lutte anti-vectorielle.</p> <p>Schéma national d'organisation sanitaire : Participation au financement de l'investissement des établissements de santé. Contrôle et surveillance des établissements de santé relevant de l'État. Nomination des directeurs. Nomination des directeurs d'Agence régionale de l'hospitalisation.</p> <p>Contrôle des organismes de sécurité sociale : une mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, service à compétence nationale rattaché au directeur de la sécurité sociale, s'est substituée au préfet de région (DRASS) pour contrôler et évaluer l'activité, le fonctionnement et l'organisation des organismes locaux de sécurité sociale.</p>
------	---

Source : Tableau de répartition des compétences - Action sociale et santé, Ministère de la cohésion des territoires, 16 mai 2018

L'une des directions générales du Ministère est entièrement dédiée à la création et l'organisation de l'offre de soins sur le territoire : la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). C'est cette direction qui nous intéresse dans le cadre de notre étude et sur laquelle nous allons centrer notre propos. La DGOS est dotée d'un ensemble de leviers permettant d'agir directement sur l'offre de soins. Dans le cadre de ce rapport, nous portons une attention particulière au rôle du système de formation pour la localisation de l'offre de soins, ce que nous verrons en détail dans le point 1.2. Un autre pilier de la structuration de l'offre de soins par l'Etat est la gestion des établissements de santé.

En tant que détenteur de la compétence santé, l'Etat est en effet responsable de la création de l'offre de soins et de son maintien⁵. Pour cela, des infrastructures sont présentes sur le territoire français.

Les structures de soins peuvent appartenir au secteur public (CHR, CHU, CH, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, autres établissements publics) mais aussi au secteur privé et peuvent être des établissements privés à but non lucratif (tableau 2).

Tableau n°2 : Établissements de santé

Etablissements de santé au 31 décembre 2018			
Au 31 décembre	Nombre d'entités¹	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public¹	1 356	243 326	42 798
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	178	70 452	10 591
Centres hospitaliers (CH) dont anciens hôpitaux locaux	943	140 758	17 591
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	95	23 199	14 164
Autres établissements publics	140	8 917	452
Établissements privés à but non lucratif	681	56 274	14 295
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	22	2 772	718
Autres établissements privés à but non lucratif	659	53 502	13 577
Secteur privé (établissements)	999	96 093	20 198
Établissements de soins de suite et de réadaptation	348	29 564	4 002
Établissements de soins de courte durée ²	491	52 206	14 256
Établissements de lutte contre les maladies mentales	151	13 925	1 881
Établissements de soins de longue durée	7	333	0
Autres établissements privés	2	65	59
Total	3 036	395 693	77 291

1. Pour les secteur public comme pour le privé, chaque entité géographique est comptabilisée. Pour une entité juridique multisites comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

2. Y c. établissements pluridisciplinaires.

Champ : y c. service de santé des armées.

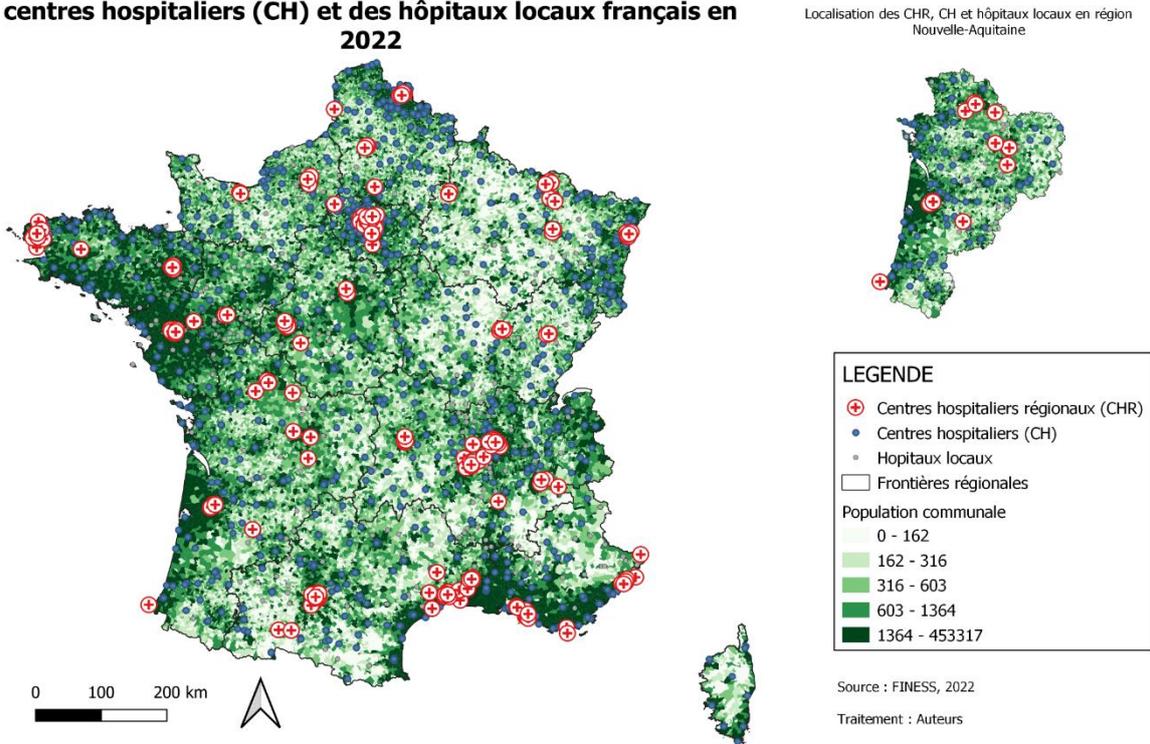
Source : Drees, enquête SAE 2018, données provisoires.

La répartition des établissements publics et privés ne répond pas à la même logique. Les établissements publics (carte 1), composés des centres hospitaliers régionaux (CHR), des centres hospitaliers (CH) et des hôpitaux locaux, se répartissent de façon relativement uniforme sur le territoire et répondent aux besoins des populations. Les établissements privés (carte 2) sont davantage polarisés autour de territoires dits "attractifs" : métropoles, côte atlantique et méditerranéenne.

⁵ Le flux (évolution) se fait par la création de l'offre de soins. Le stock se fait par le maintien de l'offre de soins et par l'accumulation des flux.

Carte n°1 : répartition des centres hospitaliers régionaux (CHR), des centres hospitaliers (CH) et des hôpitaux locaux français en 2022

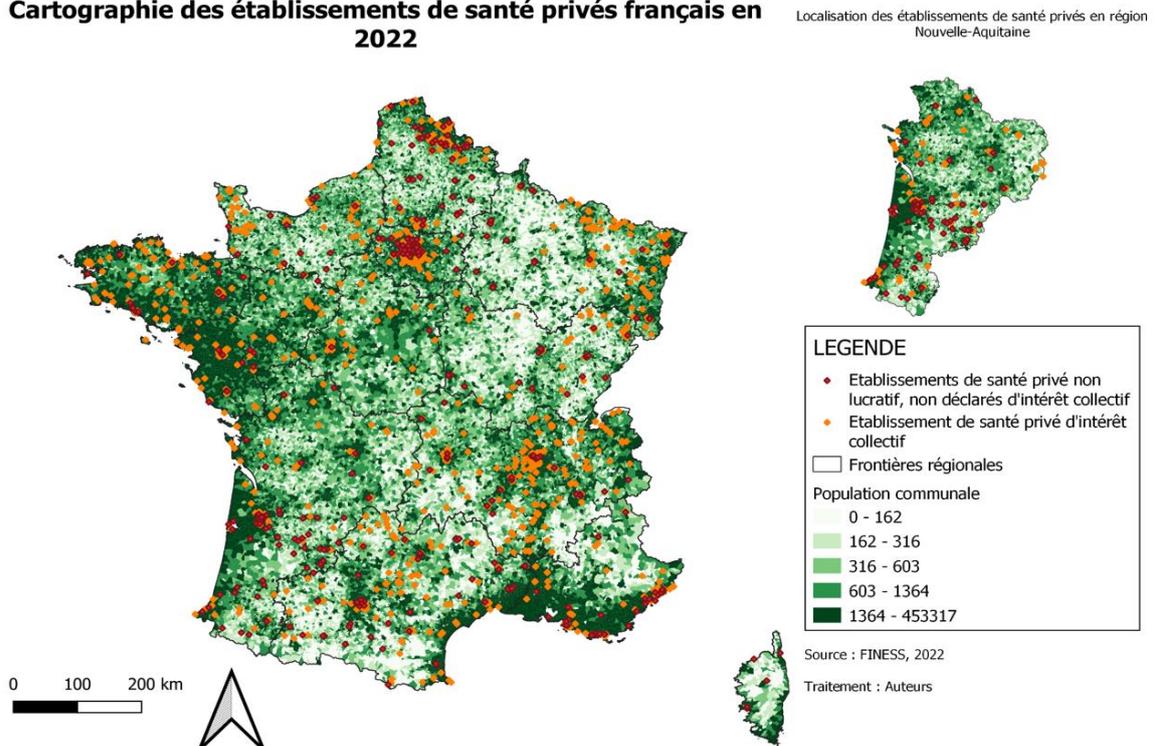
Cartographie des centres hospitaliers régionaux (CHR), des centres hospitaliers (CH) et des hôpitaux locaux français en 2022



Source : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, 2022 - Traitement : CBD.

Carte n°2 : répartition des établissements privés de santé français en 2022

Cartographie des établissements de santé privés français en 2022



Source : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, 2022 - Traitement : CBD.

Hormis les établissements privés, l'ensemble des établissements médicaux du secteur public sont placés sous la tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé. Selon les données de l'enquête SAE de 2018 réalisée par la Drees (voir tableau 2 ci-dessus), les établissements publics représentent 62% des lits disponibles du système de santé contre 24% pour les établissements privés à but lucratif (sociétés privées) et 14% pour les établissements privés à but non lucratif (groupes mutualistes).

Les structures de soins publiques répondent à des besoins différents, ce qui explique que leur périmètre géographique varie :

- À portée régionale voire nationale, les CHR (ou CHU/CHRU dans le cas d'une convention signée avec une université) sont à la tête du réseau d'infrastructures du système de santé français et assurent des soins hautement qualifiés et spécialisés, ainsi que les soins courants pour les populations métropolitaines.
- À portée plus locale, les CH accueillent les courts séjours et soins courants (obstétrique, médecine ambulatoire, chirurgie). Ils sont le type d'établissement ayant, au total, les plus grandes capacités d'accueil (voir tableau 2 ci-dessus).
- Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et autres établissements publics (généralement des unités de soins de longue durée) assurent quant à eux des soins bien plus spécifiques et ne répondent pas toujours à des logiques de proximité.

Les établissements publics sont majoritairement financés par l'Etat (via les organismes du ministère de la santé). Les collectivités territoriales peuvent participer aux frais de construction et à l'achat du foncier mais le fonctionnement des établissements publics est en revanche intégralement financé par le ministère et ses organismes rattachés.

La marge de manœuvre de l'Etat ne reposant que sur les établissements publics, il sera intéressant, dans la continuité de ces travaux, de pouvoir engager un travail de recherche sur la façon dont est décidée et cofinancée la construction et la mise en service des infrastructures de soins. Une question d'intérêt portera également sur les dynamiques quant aux maintiens de certains établissements / services en zone rurale et périurbaine où la situation est critique (à l'exemple des fermetures estivales de certains services d'urgences ou des menaces de fermeture totale).

Le modèle de planification permet une uniformisation des objectifs et des politiques au niveau national. Le constat de la croissance des inégalités sur le territoire national et, partant, la nécessité de prendre en compte les spécificités territoriales dans la politique nationale a engendré une certaine déconcentration dont les Agences Régionales de Santé sont, à l'heure actuelle, le principal vecteur.

1.1.2. UNE DECONCENTRATION PARTIELLE DE LA COMPETENCE SANTE A TRAVERS LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Depuis la loi de 1991 relative à la réforme hospitalière, un mouvement de régionalisation de la compétence santé s'est initié au travers de mécanismes de déconcentration, notamment avec l'ordonnance Juppé de 1996 créant les premiers organismes déconcentrés en région et surtout avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST) de 2009 instituant la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Afin de mieux appréhender l'organisation déconcentrée de l'action sanitaire, nous proposons de nous intéresser aux outils à disposition de ces ARS. Leur création a en effet impulsé un changement certain dans l'organisation, le pilotage et la gouvernance de l'action sanitaire.

Le premier réel mouvement de territorialisation des politiques de santé est ainsi attribuable à l'adoption de la loi HPST qui se donne pour objectifs de moderniser les établissements de santé, d'améliorer l'accès à des soins de qualité et d'agir sur la prévention de la santé publique et l'organisation territoriale du système de soins. La création des ARS est la mesure phare de la loi. Elle relève d'abord d'un argument économique et financier : garantir un système de santé plus efficient en matière de dépenses publiques. Mises en place le premier avril 2010, les ARS se substituent à sept services de l'Etat et/ou de l'Assurance Maladie, services qui n'avaient d'ailleurs que peu de "pouvoirs politiques" (voir liste en annexe 3, p. 162).

Les ARS ont une marge de manœuvre relativement limitée car elles sont très encadrées par l'Etat : leur mission consiste principalement à déployer les politiques nationales au niveau local, elles-mêmes intégralement financées par l'Etat et les organismes d'assurance maladie⁶. Toutefois, elles pilotent l'élaboration de politiques sanitaires permettant de fait, d'opérer une différenciation de la politique nationale en fonction des contraintes territoriales.

Au-delà de l'objectif économique, les ARS ont aussi été créées dans le but de décloisonner les relations entre acteurs nationaux et locaux et de légitimer le rôle politique de l'échelon régional dans la gestion des politiques publiques de santé. Avec l'instauration des ARS, "le législateur a renforcé la démocratie sur les territoires régionaux et infrarégionaux" (Vigé, 2017) (p.89). On y perçoit la reconnaissance de l'importance de la planification territorialisée des politiques sanitaires pour répondre à des situations et besoins différenciés.

Avec les ARS, "les problèmes de santé font l'objet d'une action plus concertée et localisée" (ibid, p.89) : les acteurs du territoire peuvent s'exprimer dans la rédaction de documents stratégiques confiés à ces nouvelles instances et basés sur des logiques de planification et de programmation territoriale. En particulier le Projet Régional de Santé (PRS) est le document de référence dont se dote les ARS pour définir, à moyen terme, les principaux enjeux liés à la santé de la région concernée (logique de planification) et les éléments de réponse qui y seront apportés (logique de programmation⁷). A titre illustratif, les grands objectifs du PRS de la Région Nouvelle-Aquitaine sont présentés dans l'encadré 1.

Encadré n°1 : Exemple des orientations fixées par le PRS Nouvelle-Aquitaine de 2018 à 2028

Les 5 orientations prioritaires fixées par le PRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2028

Orientation n°1 : Amplifier les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé

Orientation n°2 : Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires

Orientation n°3 : Renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé

Orientation n°4 : Renforcer la place du citoyen et de l'utilisateur au sein du système de santé

Orientation n°5 : Soutenir l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité du système de santé

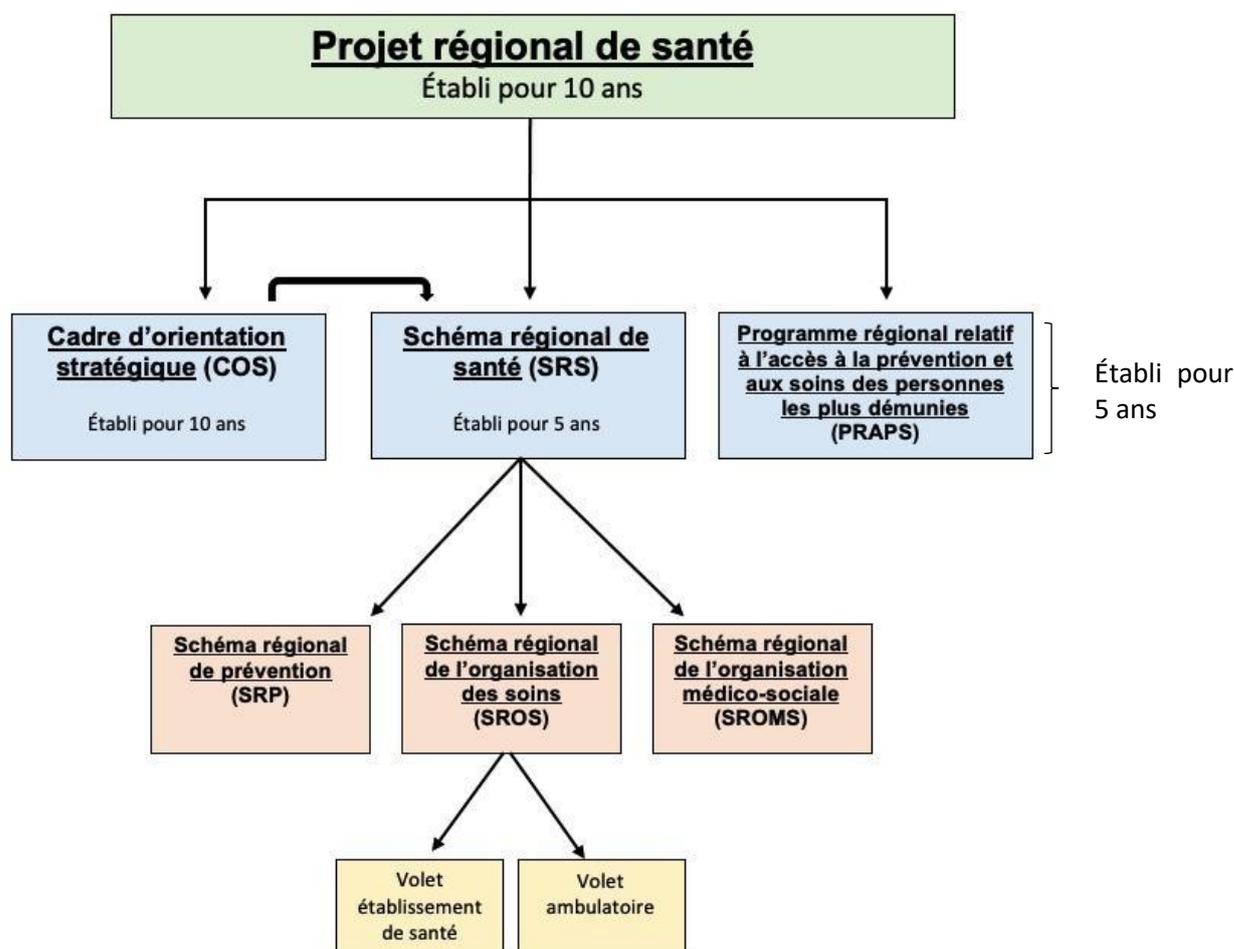
Source : Programme régional de santé Nouvelle Aquitaine 2018-2028 - ARS Nouvelle-Aquitaine

⁶ Les ARS doivent notamment assurer le respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté chaque année dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

⁷ Selon l'article L-1434 du code de la santé publique, le PRS "définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finance et les lois de financement de la sécurité sociale"

Établi pour dix ans, le PRS fait l'objet d'une large concertation publique lors de son élaboration, impliquant notamment des acteurs de l'Etat (préfecture et autres institutions déconcentrées), des collectivités territoriales, des fédérations hospitalières, des syndicats de professionnels de santé et les populations elles-mêmes. Depuis la loi de modernisation du système de santé votée le 26 janvier 2016 et le décret n°2016 - 1023 du 26 juillet 2016 (chapitre relatif à la "territorialisation de la politique de santé") le PRS se compose de 3 documents : le cadre d'orientation stratégique (COS), défini pour 10 ans ; le schéma régional de santé (SRS), défini pour 5 ans et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), défini pour 5 ans également. Le COS, le SRS et le PRAPS se déclinent en divers outils de planification sanitaire présentés dans le schéma 3 ci-dessous.

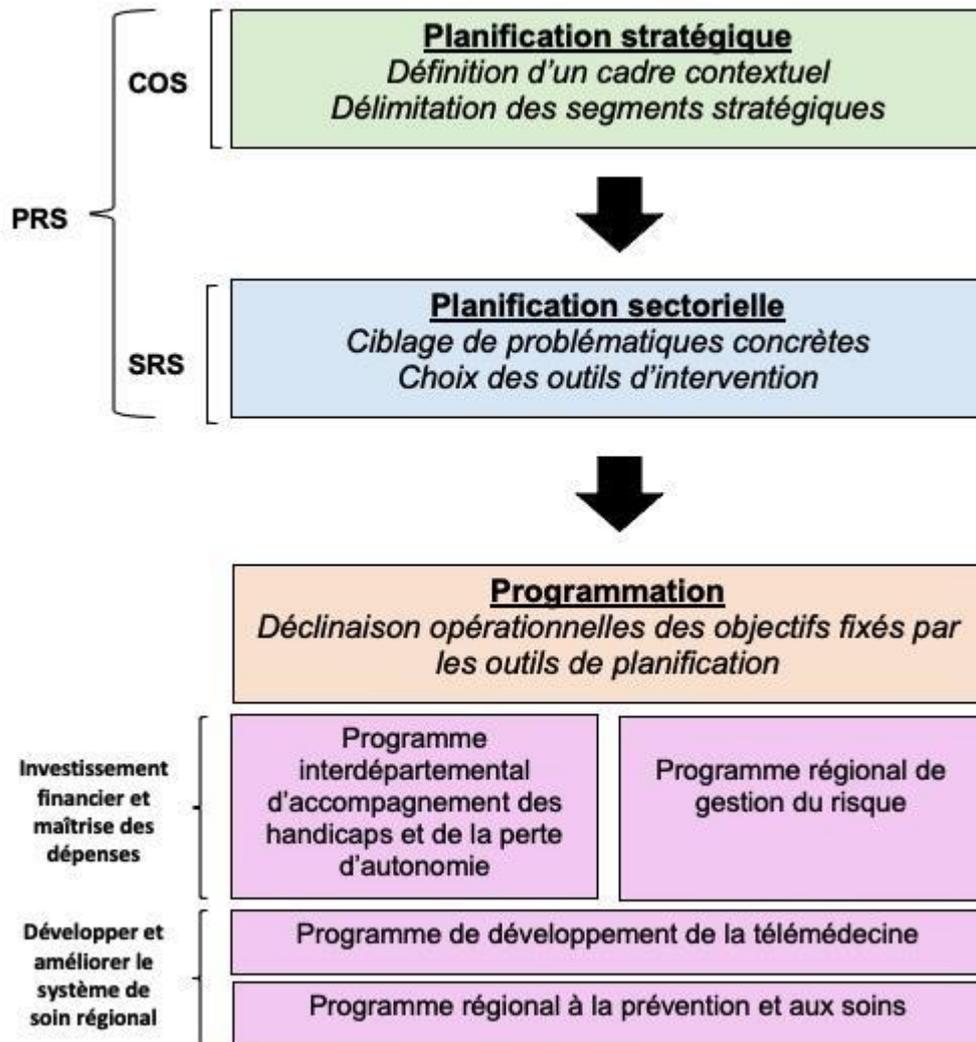
Schéma n°3 : Organisation du projet régional de santé (PRS)



Source : rapport d'information n°400 sur les agences régionales de santé du Sénat (2013-2014)
- Le Menn, Million – Traitement : CBD

Bien qu'il serait pertinent de l'analyser, nous n'abordons pas le PRAPS dans cette étude car il s'agit d'un dispositif très spécifique et exclusivement centré sur la question de la précarité et de ses impacts sur l'accès aux soins, notamment au travers des barrières sociales et financières. Nous présentons successivement les principes du COS et du SRS, puis les principaux outils de leur opérationnalisation, en suivant le schéma 4.

Schéma n°4 : De la planification à la programmation : le modèle organisationnel des Agences Régionales de Santé



Source : rapport d'information n°400 sur les agences régionales de santé du Sénat (2013-2014)
 - Le Menn, Million – Traitement : CBD

1.1.2.1. LE CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE : UN OUTIL DE PLANIFICATION STRATEGIQUE

Le COS est un document prospectif visant à anticiper l'évolution des besoins sanitaires des territoires. Il ne s'agit pas de définir l'action, mais plutôt de la prévoir dans un cadre politique contraint, celui de la politique de santé arrêtée au niveau national. Selon le code de la santé publique⁸, il est élaboré de façon à pouvoir répondre à des domaines d'actions prioritaires nationaux (logique de déconcentration) : l'organisation des parcours de soins ; le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ; les effets sur les déterminants de santé ; le respect et la promotion des droits des usagers.

Le COS est organisé en deux parties, l'une portant un diagnostic, l'autre définissant les actions à mener à moyen terme. La première partie expose les enjeux et fournit des éléments de diagnostic par grand champ thématique. Sa construction ne varie que très peu entre les régions (et donc, les différentes ARS), car il est toujours principalement structuré autour des enjeux suivants : enjeux liés aux caractéristiques socio-économique du territoire (taille, diversité, caractéristiques de la population, état de santé global) ; enjeux liés à la situation de l'offre de soins (besoins et évolutions) ; enjeux transversaux relatifs à l'évolution de l'organisation du système de santé (mutations organisationnelles, territoriales et technologiques).

Dans un deuxième temps, le COS fixe les grandes orientations prévues pour la décennie à venir. Chaque orientation est déclinée sous forme d'objectifs stratégiques et associée à des résultats attendus à dix ans. Dans une démarche d'évaluation, des indicateurs de référence, appelés "indicateurs traceurs" sont retenus pour chaque résultat attendu et des cibles à atteindre sont fixées par rapport à la situation initiale. Cette seconde partie du COS répond ainsi à une logique de planification stratégique. A titre illustratif, l'encadré 2 présente les enjeux ciblés par le COS du PRS de Nouvelle-Aquitaine à l'horizon 2028.

Encadré n°2 : Exemple des enjeux ciblés par le COS du PRS Nouvelle-Aquitaine de 2018 à 2028

Les enjeux ciblés par le COS du PRS Nouvelle-Aquitaine 2018 – 2028

Finalité souhaitée : "Amplifier la transformation du système de santé pour garantir la qualité des réponses aux besoins et l'accessibilité globale au système de santé".

- **Enjeux liés aux caractéristiques de la région**

La Nouvelle-Aquitaine est une région très vaste, peu dense, peu touchée par le chômage et la précarité comparativement aux autres régions.

Il s'agit en revanche d'une région très contrastée sur le plan spatial et où coexistent des populations aux caractéristiques très variées d'un point de vue socio-économique.

Le vieillissement de la population est également l'un des principaux défi auquel la région Nouvelle-Aquitaine doit faire face : la population y est âgée et devrait continuer à vieillir selon les dernières projections démographiques.

⁸ La loi prévoit notamment que "le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social" (article L.1411-1-1 du code de la santé publique).

Les principaux enjeux relatifs aux caractéristiques de la région Nouvelle-Aquitaine reposent donc sur la nécessité de pouvoir décliner une politique plurielle, capable de répondre à une diversité de problématiques vécues à l'échelle des populations et des territoires.

- **Enjeux liés à l'état de santé des habitants et de l'offre de soins**

Une espérance de vie et un taux de mortalité comparable à la moyenne française mais toujours très contrastée entre les territoires : une espérance de vie et un taux de mortalité significativement plus élevé en Creuse, contrairement aux Pyrénées Atlantique ou l'on vit plus longtemps.

Existence d'un taux d'incidence élevé en ce qui concerne les cancers, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les pathologies mentales. Là encore, la situation est très contrastée en fonction des individus et des territoires → Les populations de la Creuse sont par exemple significativement davantage confrontées à la survenue d'une pathologie.

Une démographie médicale, une offre hospitalière et un temps d'accès aux soins urgents plus favorables que dans le reste de la France mais de fortes disparités territoriales à l'origine d'un fort mouvement de déprise médicale → notamment entre les territoires urbains et ruraux.

De même, un accompagnement et un maintien à domicile des personnes âgées et handicapées plutôt favorable mais toujours très disparate entre les territoires.

Les principaux enjeux relatifs à l'état de santé des populations et de l'offre de soins sur le territoire reposent dans la nécessité de renforcer la cohésion et l'équité entre les territoires. Il convient d'envisager une politique de soutien à certains territoires et à certaines populations plus vulnérables.

- **Enjeux transversaux liés à l'évolution du système de soins**

La baisse du niveau de décès en Nouvelle-Aquitaine ces dernières années a été moins marquée que dans le reste des régions françaises. 4 facteurs de risques ont été identifiés et feront l'objet d'une prévention plus intense, à savoir le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et l'alimentation.

De plus, 17% de la population néo-aquitaine souffrirait d'une pathologie chronique et 14% de la population sera âgée de plus de 75 ans d'ici 2027. L'enjeu de résilience et de coordination dans les parcours de soins tend à devenir prioritaire tant des pressions s'exercent sur ceux-ci. Les initiatives innovantes pour l'accès et la coordination des soins seront massivement soutenues par les ARS.

Les principaux enjeux relatifs aux évolutions du système de soins reposent sur des risques de rupture dans la continuité des parcours de soins et de déficit en qualité de soins. Des pressions (de natures diverses) s'exercent conjointement sur le système de soins néo-aquitain et représentent de vrais enjeux d'action publique.

Source : Programme régional de santé Nouvelle Aquitaine 2018-2028 - ARS Nouvelle-Aquitaine

Les orientations données par le Projet Régional de Santé sont centrales dans la définition de la politique régionale car elles fixent les lignes directrices des schémas régionaux de santé dont le rôle de programmation est préalable au déploiement opérationnel de la politique.

1.1.2.2. LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE : UN OUTIL DE PLANIFICATION SECTORIELLE

Le schéma régional de santé se compose de trois “sous-schémas” : le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d’organisation des soins (SROS) et le schéma régional d’organisation médico-sociale (SROM).

Le SROS est celui qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre étude. Il est aussi celui dans lequel l’essor de la territorialisation des politiques de santé apparaît particulièrement. Bien avant la création des PRS en 2009, la première génération de SROS a été instituée dès 1991 avec pour objectif de *“prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l’offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé”* (article L712-1 du code de la santé publique). Ce n’est que récemment (depuis 2012-2016) avec la quatrième génération des SROS, qu’un véritable mouvement de territorialisation des politiques de santé s’engage avec la distinction, dans le SROS, d’une approche par la médecine ambulatoire à côté de l’approche par les établissements de santé : *“les projets structurants de la partie ambulatoire du SROS privilégieront une approche en termes de service rendu à la population par une équipe pluri-professionnelle, plutôt qu’une approche par la profession”* (Direction Générale de l’Offre de Soins, Guide méthodologique pour l’élaboration du SROS - PRS, p.36, 2011). L’approche par la “santé ambulatoire” conduit notamment les ARS à *“définir des territoires de proximité permettant de cibler des zones fragiles en offre de soins à partir d’un diagnostic régional partagé”* (Chevallard, 2015, p.54).

Et c’est finalement ce ciblage qui sert de “cadre à l’application des aides à l’installation non-conventionnelles et à la définition des stratégies d’implantation des maisons et pôles de santé” (ibid, p. 54) (cf. partie 2.2.1.2., tableau 15, p. 89). A titre illustratif, l’encadré 3 présente le SRS de Nouvelle-Aquitaine à l’horizon 2028.

Encadré n°3 : Exemple du SRS 2018-2023 du PRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2028

Le SRS 2018-2023 du PRS Nouvelle Aquitaine 2018-2028

Le SRS 2018-2023 pour la région Nouvelle-Aquitaine prévoit l’ensemble des actions qui seront menées pour répondre aux besoins de la population.

Élaboré en 3 axes (SRP, SROS et SROM), il décline autour d’un objectif général un portefeuille d’objectifs et les actions pour y parvenir.

Objectif général du SROS : Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé

L’objectif général du SROS s’articule autour de 3 axes thématiques, eux-mêmes déclinés en sous axes (plus d’une dizaine chacun) :

- **Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d’urgence ou de crise**
- **Organiser des parcours de santé sans ruptures**
- **Renforcer la démocratie en santé, l’implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel**

Exemples d'objectifs opérationnels fixés (Parmi plus d'une centaine) :

- Adapter les enseignements des professionnels de santé : action de concertation avec les universités et le conseil régional
- Développer les stages en territoires fragiles pour les internes en médecine générale, faciliter les conditions d'accueil (hébergement, transport)
- Continuer à déployer les dispositifs censés favoriser l'installation de professionnels en zones sous dotées (CESP, PTMG, PTMA, PTMR) en lien avec les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie.
- Agir pour la diversification des modes d'exercice : faciliter la possibilité aux jeunes médecins d'exercer entre structures hospitalières et cabinets libéraux en zones sous dotées.
- Contribuer à la promotion des territoires sous dotées dans un objectif d'attractivité territoriale.
- Faciliter l'accès aux outils de télémédecine
- Encouragement au déploiement des équipes de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Investissement dans les MSP et centres de santé en zones fragiles et structuration des plateformes territoriales d'appui (PTA)

Source : Programme régional de santé Nouvelle Aquitaine 2018-2028 - ARS Nouvelle-Aquitaine

Une fois le document élaboré, les logiques d'action et objectifs retenus sont déclinés dans différents programmes. Chacun de ces programmes dispose d'un budget et d'outils pour opérationnaliser la stratégie.

1.1.2.3. DE LA PLANIFICATION A LA PROGRAMMATION : LES DOCUMENTS D'OPERATIONNALISATION DE L'ACTION

L'élaboration et, in fine le portage, de ces programmes est une compétence obligatoire des ARS. Le code de la santé publique (loi HPST, 2009) fait état de quatre documents de programmation obligatoires devant être intégrés et apparaître dans le projet régional de santé. Ils se distinguent selon qu'ils portent sur les enjeux de développement et d'amélioration du système de soin ou sur les enjeux d'investissement financier et de maîtrise des dépenses.

LES PROGRAMMES RELATIFS AUX ENJEUX DE DEVELOPPEMENT ET D'AMELIORATION DU SYSTEME DE SOINS

Le **programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)** pose les objectifs opérationnels pour répondre aux enjeux de protection des populations les plus vulnérables sur le plan médical et médico-social, susceptibles de renoncer aux soins et à l'accompagnement social.

Le **programme de développement de la télémédecine (PRT)**, programme régional de télémédecine) : à visée transversale et opérationnelle, il précise les axes prioritaires et les modalités de déploiement et de régulation de la télémédecine sur les territoires selon les besoins identifiés dans le PRS.

Le **programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)** est un outil de programmation financière des établissements et services du secteur médico-social qui accueillent des personnes âgées ou porteurs de handicap. Il a pour vocation d'identifier les priorités concrètes de financement au niveau régional de ces établissements financés par l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le **programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR)** confronte les objectifs d'accès aux soins et à la prévention pour tous, de modernisation du système de santé et d'innovation en santé etc. aux objectifs de maîtrise des dépenses de santé de telle sorte qu'elles respectent l'ONDAM.

À l'occasion de la loi HPST de 2009, ont aussi été initiés les Contrats Locaux de Santé (CLS), outil de contractualisation impliquant les collectivités territoriales et censé permettre la rencontre du PRS avec les aspirations des collectivités locales pour la définition d'actions prioritaires à mener.

1.1.2.4. LE CONTRAT LOCAL DE SANTE : UN OUTIL OPTIONNEL PERMETTANT UNE DELEGATION PARTIELLE DE LA COMPETENCE SANTE AUX COLLECTIVITES LOCALES

Le dispositif CLS est facultatif. L'article L-1434 du code de la santé publique prévoit l'intervention des CLS sur les champs de : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Les missions d'un CLS peuvent, par exemple, concerner le développement d'un réseau associatif pour la promotion de l'autonomie chez les personnes âgées et handicapées ou un plan de coopération hôpital-ville pour développer la qualité des prises en charge de proximité.

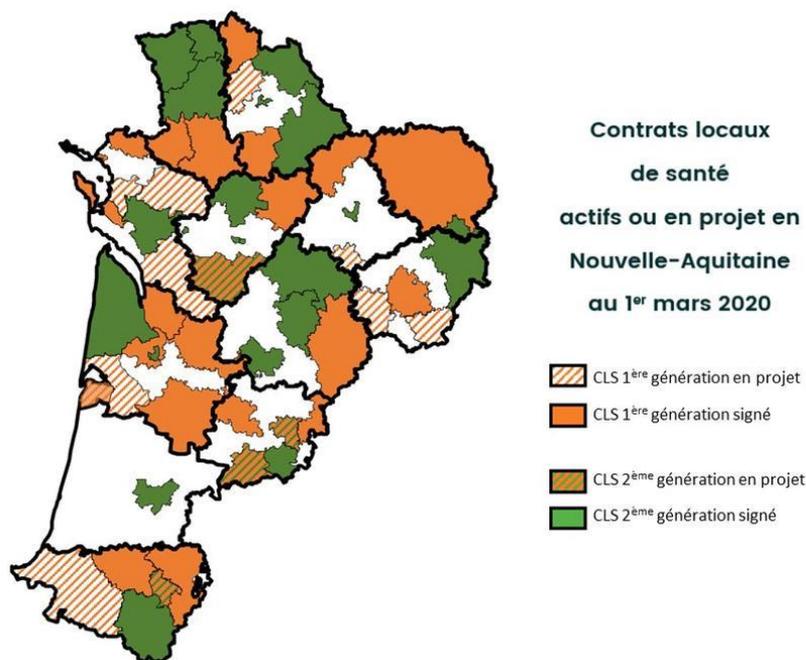
Le CLS prend la forme d'un document stratégique structuré autour de plusieurs axes (les orientations prioritaires) pour lesquels est défini un programme d'action pluriannuel. Sa mise en œuvre est confiée à un coordinateur chargé d'en assurer le déploiement opérationnel en concertation avec un comité de pilotage (représentant les signataires du contrat). La construction d'un CLS se réalise selon deux étapes principales : 1) la réalisation d'un diagnostic territorial réalisé en partenariat avec l'observatoire régional de la santé (ORS) sur la situation socio-économique du territoire (niveau de précarité, chômage, qualification), démographique (croissance de la population, âge), sanitaire (état et évolution de l'offre et de la demande de soins, équipements et dispositifs en place) et environnemental (état du logement, qualité de l'air, des sols, de l'eau) ; 2) une phase d'élaboration de la stratégie d'action sanitaire qui fixe les orientations stratégiques, mobilise les parties prenantes autour du projet de santé, détermine un modèle de gouvernance et décline les objectifs du CLS en actions concrètes.

Le Contrat Local de Santé se compose de deux principaux "postes" de financement : 1) le financement du poste de coordinateur territorial du CLS, majoritairement cofinancé par l'ARS et la collectivité locale concernée et 2) une aide variable versée par l'ARS dans le cadre de la réalisation du diagnostic. Il n'existe en revanche pas de financements prévus pour le déploiement des actions du programme pluriannuel. La recherche de financement passe par les réponses aux appels à projet, les demandes de

fonds européens, etc. Autrement dit, les contreparties financières du CLS ne concernent que l'élaboration du projet. Son opérationnalisation ne fait l'objet d'aucun financement fléché par les signataires du contrat.

Lors de sa création en 2009, le CLS est peu mobilisé. Ce n'est qu'à partir de 2015 et après une vaste campagne de sensibilisation menée par les ARS auprès des élus des collectivités locales, que le dispositif commence à véritablement se déployer (Vigé, 2017). Les données étant difficiles à obtenir à l'échelle nationale, nous proposons ici de s'intéresser à l'état d'avancée de la contractualisation au 1er mars 2020 en région Nouvelle-Aquitaine. On constate qu'une large partie des territoires de Nouvelle-Aquitaine ont manifesté l'intérêt de contractualiser un CLS puisque 43 contrats ont dès lors été signés (carte n°3). La répartition des CLS sur la région atteste de disparités départementales : si la Creuse, la Gironde, les Pyrénées-Atlantiques et les Deux-Sèvres ont largement eu recours à ce dispositif, ce n'est pas le cas (en 2020) des Landes ou de la Haute-Vienne.

Carte n°3 : Contrats Locaux de Santé actifs ou en projet en Nouvelle-Aquitaine au 1er mars 2020



Source : Instance régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine

Dans son travail de doctorat, Vigé (Vigé, 2017) analyse le fonctionnement (conception et pilotage) des CLS de la Vienne afin d'interroger la capacité de cet outil à fédérer les acteurs, identifier des problématiques locales concrètes et impulser une dynamique locale émancipatrice.

Spécifique à la Vienne, cette analyse permet de confronter les ressentis des collectivités locales aux bénéfices attendus de la contractualisation avancés par les ARS. De cette étude - réalisée sur la base d'entretiens menés auprès des animateurs du CLS, de ses usagers et des membres du comité de pilotage - se dégage un ressenti relativement mitigé quant à la capacité de cet outil à engager une véritable émancipation des directives nationales pour les acteurs locaux en termes de politique de santé.

Au final, il ressort de l'analyse que les CLS "ne sont pas suffisamment ascendants pour être mobilisateurs" et "le portage politique doit être une priorité pour que les CLS représentent davantage une initiative ascendante complémentaire des autres dispositifs présents sur les territoires, qu'un outil n'ayant pas vraiment de plus-value". (Vigé 2017, p.141)

Finalement, l'offre de soins sur le territoire national relève principalement des compétences étatiques et de politiques nationales, déclinées au niveau régional. En particulier, le système de formation des professionnels de santé semble avoir une influence sur la géographie de l'offre de soins, c'est pourquoi nous consacrons à son étude le deuxième temps de notre première partie.

1.2. L'IMPACT DU SYSTEME DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SUR LA GEOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins se compose de plusieurs professions : les infirmiers, les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les opticiens-lunetiers, les manipulateurs ERM, les orthophonistes, les sage-femmes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes ou encore les audioprothésistes. Cette liste n'est pas exhaustive mais présente les principales professions en termes d'effectif (tableau n°3).

Tableau n°3 : Professions de santé

Professionnels de santé				
Au 1 ^{er} janvier	Effectifs			
	2016	2017	2018	2019
Infirmiers	660 611	681 459	700 988	722 572
Médecins	223 571	224 875	226 219	226 859
Pharmaciens	74 489	74 399	73 818	73 782
Chirurgiens-dentistes	41 788	42 197	42 348	42 525
Opticiens-lunetiers	34 370	35 718	37 145	38 506
Manipulateurs ERM	34 498	35 525	36 467	37 428
Orthophonistes	24 466	25 467	25 607	26 336
Sage-femmes	22 312	22 787	22 812	22 941
Psychomotriciens	11 074	11 890	12 770	13 600
Ergothérapeutes	10 417	11 216	11 971	12 765
Orthoptistes	4 409	4 643	4 876	5 185
Audioprothésistes	3 264	3 440	3 632	3 875

Champ : ensemble des professionnels de santé actifs au 1^{er} janvier.
Source : Drees, RPPS, Répertoire Adeli.

Le système de formation agit sur l'offre de soins par la détermination du nombre de professionnels en capacité d'exercer le métier. Des restrictions fortes dans le nombre d'étudiants formés par le passé impliquent mécaniquement un nombre limité de professionnels en exercice (et inversement). Le nombre actuel de médecins dépend des conditions de formation passées et il évolue en fonction des conditions présentes et futures de la formation.

La formation agit ainsi tout à la fois sur le stock des professionnels soignants (nombre de professionnels en exercice en fonction des modalités d'études passées) mais aussi en termes de flux (selon les modalités actuelles des études de santé concernées). Le tableau 4 présente les principales caractéristiques des systèmes de formation des professionnels de santé.

Tableau n°4 : Professionnels de santé et formation associée

Professionnels de santé	Gamme de service d'appartenance ⁹	Nombre d'années de formation (post-bac)	Mode principal de financement de la formation	Contingente-ment de formation
Infirmiers	Proximité	3 ans	Régions	Oui (31462 en 2021-2021)
Médecins généralistes	Proximité	9 ans	Etat	Oui
Pharmaciens	Proximité	De 6 à 9 ans	Etat	Oui
Chirurgiens-dentistes	Proximité	6 ans	Etat	Oui
Kinésithérapeutes	Proximité	5 ans	Régions	Oui
Sage-femmes	Intermédiaire	5 ans	Régions	Oui
Opticiens-lunetiers	Intermédiaire	2 ans	Etat	Non*
Orthophonistes	Intermédiaire	5 ans	Etat	Oui (958 en 2021-2022)
Médecins spécialistes	Supérieure	De 10 à 12 ans	Etat	Oui
Manipulateurs ERM	Supérieure	3 ans	Régions	Non*
Psychomotriciens	Supérieure	3 ans	Régions	Oui
Ergothérapeutes	Supérieure	3 ans	Régions	Non*
Orthoptistes	Supérieure	3 ans	Etat	Oui
Audioprothésistes	Supérieure	3 ans	Etat	Oui (295 en 2020-2021)

Sources : BPE 2020, ONISEP - Traitement : CBD.

* : comme pour toute autre formation universitaire (BTS par exemple), le nombre d'étudiants formés dépend du nombre d'établissements de formation et de leur capacité d'accueil.

Le tableau 4 met en évidence les durées d'étude plus ou moins longues, mais surtout les différences de mode de financement et de contingentement des formations, les deux relevant soit de l'Etat soit de la Région. Dans la suite de l'analyse, nous questionnons l'impact des systèmes de formation sur l'offre de soins pour la profession concernée. Nous faisons le choix de différencier le domaine MMOP (Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie) pour lequel l'Etat reste prépondérant, d'autres

⁹ L'Insee définit des gammes d'équipements selon une analyse de leur présence simultanée dans les communes. La classification en vigueur pour l'analyse des services et équipements de la BPE de 2020 est la même que celle définie en 2017. Elle dénombre 28 équipements de proximité, 37 équipements intermédiaires et 47 équipements supérieurs.

filières du système paramédical pour lesquelles l'échelon régional a plus d'influence. Nous proposons des focus sur quatre professions qui représentent les effectifs démographiques les plus importants au sein des professions de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens et dentistes). Deux d'entre elles entrent d'ailleurs dans la définition du "désert médical" proposée par la DREES (cf. introduction, p. 14) : les médecins généralistes (et urgentistes) et les pharmaciens. L'intérêt porté aux infirmiers et aux dentistes s'explique par leur présence importante dans les parcours de soins quotidiens des populations.

1.2.1. L'INFLUENCE DU SYSTEME DE FORMATION DES CURSUS MMOP (MEDECINE, MAÏEUTIQUE, ODONTOLOGIE ET PHARMACIE) SUR LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS

Des restrictions importantes dans le nombre d'étudiants formés marquent les formations des cursus MMOP (médecins, sage-femmes, dentistes et pharmacie). Les capacités d'accueil¹⁰ (anciennement *numerus clausus*) fixent le nombre d'étudiants inscrits à l'issue de la première année (1.2.1.1.). Le lieu de formation pourrait également avoir une influence sur la répartition de l'offre de soins, pour cela nous intéressons à la localisation des internats (pour les médecins, à l'issue des épreuves classantes nationales¹¹, ECN) (1.2.1.2.), et à la localisation des Unités de Formation et de Recherche, UFR (pour les dentistes et les pharmaciens) (1.2.1.3.).

1.2.1.1. LES CAPACITES D'ACCUEIL POUR L'ENTREE EN DEUXIEME ANNEE : PIVOT DE LA GESTION DES BESOINS NATIONAUX

Les cursus de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie présentent un point commun important : la poursuite en deuxième année est conditionnée à la réussite au concours de fin de première année, en se classant dans les capacités d'accueil des universités. L'ensemble des étudiants suivent le même cursus en première année et passent les mêmes épreuves.

La régulation du nombre de professionnels de santé en exercice date de 1971 en France, quand l'Etat a décidé de définir, annuellement, le nombre d'étudiants à former par ce qu'on appelle le *numerus clausus*. Cette décision fait suite aux travaux de Kenneth Arrow (Arrow, 1963) qui mettait en avant des dysfonctionnements existants dans le marché des soins médicaux liés à la présence d'asymétries d'informations entre le médecin et son patient. Cependant, il semble surtout avoir été introduit face à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine depuis 1960. Sa régulation était nécessaire afin de correspondre aux capacités d'accueil en stage des hôpitaux mais surtout afin de tenir compte des évolutions démographiques de la population, autrement dit de la demande.

C'est ainsi que le 12 juillet 1971, ont été introduites des barrières à l'entrée pour la formation des futurs professionnels de santé dans les filières de médecine, de maïeutique, de pharmacie, d'odontologie et de kinésithérapie. A l'issue de la première année, un concours fixe le nombre d'étudiants pouvant poursuivre en deuxième année (*numerus clausus*), pour chacune de ces filières professionnelles.

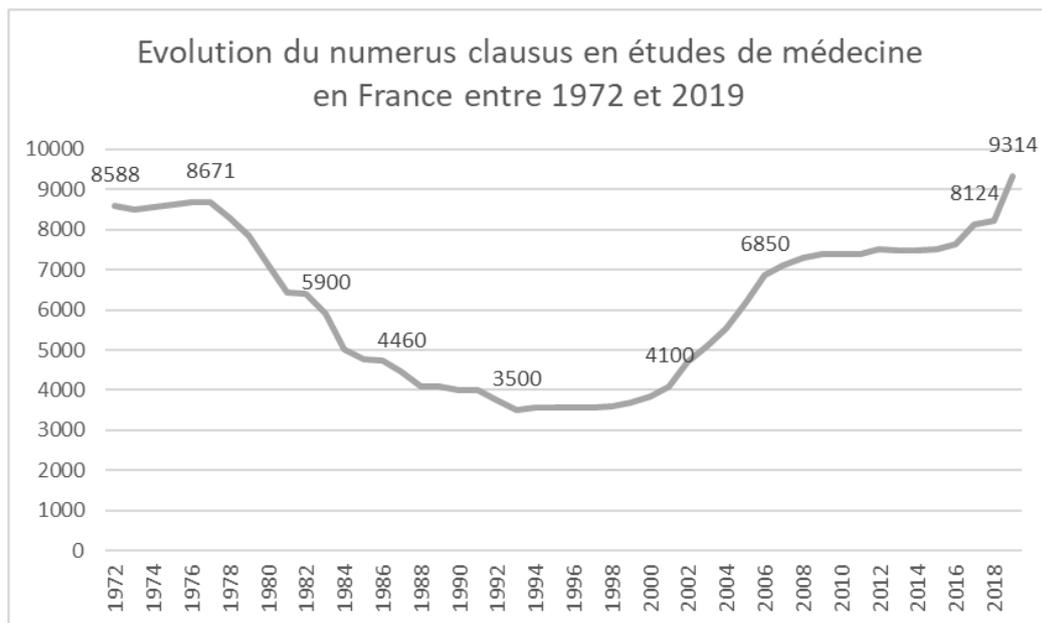
¹⁰ Anciennement connu sous le nom de *numerus clausus*, les capacités d'accueil prennent la forme de deux concours durant l'année de PASS (Parcours Accès Santé Spécifique) ou de LAS (Licences Accès Santé).

¹¹ Les ECN sont des épreuves passées à l'issue de la 6ème année de médecine. Elles déterminent la spécialité et le lieu de réalisation de l'internat.

Pour qu'un tel dispositif soit efficace, les pouvoirs publics doivent anticiper la situation de la demande à une décennie (le temps de formation des étudiants). Le *numerus clausus* était défini par l'Etat sans réelle prise en compte de la diversité des territoires en termes de besoin.

Le graphique 1 montre l'évolution de la stratégie politique dans le déploiement du *numerus clausus* en France depuis sa création. Lors des premières années de ce dispositif, le seuil fixé est peu restrictif et n'évolue que très faiblement. C'est à partir des années 80 que le seuil fixé va beaucoup diminuer, passant de 7 853 en 1979 à 3 500 en 1993 (année où le *numerus clausus* est le plus faible).

Graphique n°1 : Évolution du *numerus clausus* des études de médecine en France entre 1972 et 2019



Source : Gautier, M., (23/09/2021), Évolution du *numerus clausus* en études de médecine en France 1972 - 2019, Statista 2022 ; Traitement : CBD.

Cette forte diminution répond aux préoccupations de l'Assurance Maladie et des syndicats de médecins libéraux :

- La crainte de la demande induite¹² de l'Assurance Maladie. Avec l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, le nombre de médecins est passé de 81 000 en 1975 à 173 000 en 1990 (Chevillard et Dumontet, 2020). Des travaux d'économistes américains (Scott, 2000 ; McGuire, 2000 ; Delattre et Dormont, 2003) questionnent l'influence que pourrait avoir l'augmentation de l'offre sur la demande de soins (principe de demande induite). Ces études sont porteuses d'inquiétudes pour l'Assurance Maladie, organisme national cherchant la maîtrise des dépenses : la diminution du nombre de médecins formés permet de limiter les coûts liés aux dépenses de santé de la population.
- La crainte d'un encombrement de la profession des syndicats de médecins libéraux si trop d'étudiants sont formés. Cet encombrement pourrait impliquer des difficultés pour la constitution de la patientèle et générer un revenu moins important. Cette opinion est toutefois limitée par les médecins hospitalo-universitaires qui ne partagent pas cet avis et s'inquiètent d'une diminution des étudiants formés (Faure, 2016).

¹² "La demande induite existe quand le médecin influence la demande de soins de son patient dans un sens différent de l'intérêt maximal du patient, tel qu'il est identifié par le médecin", Th. McGuire, 2000.

Si la régulation du numerus clausus a été encouragée par des motivations réelles de la part de l'Assurance Maladie et des syndicats de médecins libéraux, des limites ont rapidement été observées. La baisse, trop forte, du nombre d'étudiants formés a eu pour effet de diminuer le nombre de médecins en exercice après quelques années. C'est suite à cette mauvaise anticipation des besoins que l'Etat a finalement décidé d'augmenter le numerus clausus. Il va connaître une augmentation constante, passant de 3 500 en 1993 à 9 314 en 2019.

L'année 2018 marque un tournant avec la réforme des études de santé qui voit le remplacement du numerus clausus par le dispositif des capacités d'accueil des filières MMOP. Elles sont désormais définies en partenariat entre les régions (ARS : Agences Régionales de Santé) et les universités de médecine, notamment pour tenir compte des inégalités territoriales d'accès aux soins. Ainsi, c'est désormais au niveau régional, via les ARS, qu'est décidé le nombre d'étudiants à former selon les besoins du territoire. L'attribution de la compétence n'est plus centralisée mais déconcentrée.

Le stock de professionnels de santé étant dépendant de ce dispositif, il y a un véritable enjeu derrière la définition des capacités d'accueil puisqu'en cas de sous-estimation de la demande, des manques vont se faire ressentir. Une réflexion sur le niveau de fixation du seuil des capacités d'accueil mais aussi sur l'institution à même de définir un seuil cohérent avec les besoins observés serait intéressante à mener : les ARS, par leur caractère déconcentré, sont-elles l'échelon le plus pertinent pour le définir ?

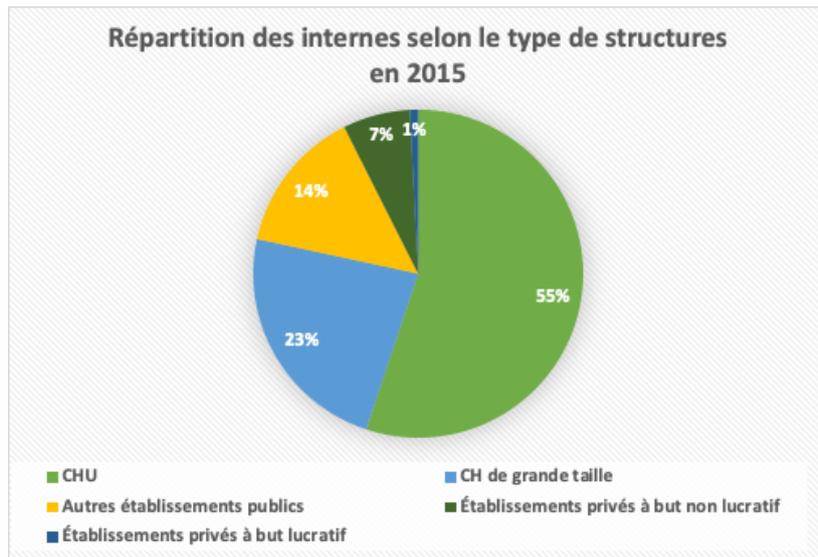
1.2.1.2. LA LOCALISATION DES LIEUX D'INTERNAT ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES JEUNES MEDECINS

Les épreuves classantes nationales (ECN) à l'issue du deuxième cycle jouent sur l'offre de soins car elles conditionnent l'accès au troisième cycle en répartissant les spécialités et les lieux d'exercice de l'internat. Elles ne concernent que les étudiants de la filière médecine (généralistes et spécialistes).

La localisation des lieux d'internat est particulièrement importante car ils se concentrent généralement dans les pôles urbains. Ceci s'explique par la présence plus forte, dans ces zones, de lieux susceptibles d'accueillir des internes (diversité des actes réalisés et équipements à disposition). L'accueil d'un interne au sein d'une structure suppose aussi la qualification d'un médecin comme Praticien Agréé Maître de Stage Universitaire (PAMSU). Celle-ci est à demander auprès de l'ARS correspondante au lieu d'exercice pour une durée de cinq ans. Un médecin peut être agréé s'il justifie de trois ans d'exercice pour accueillir un interne et d'un an pour recevoir un étudiant de deuxième cycle. En plus de cela, une formation doit avoir lieu dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Ainsi, la possibilité de faire l'internat sur un territoire est conditionnée par les médecins déjà en exercice. Dans les territoires sous-dotés, le nombre de praticiens agréés maître de stage universitaire est moins important, ce qui s'explique par le faible nombre initial de professionnels. Accueillir un interne demande au médecin du temps pour sa demande de qualification et pour l'accompagnement de l'étudiant, ce qui peut être compliqué pour les médecins des territoires en déprise médicale.

Selon des données 2015 traitées par la DREES (DREES, 2017), la majorité des internes effectuent leurs stages d'internat dans des établissements publics de santé à savoir des centres hospitalo-universitaires implantés dans les métropoles et grandes villes de France.

Graphique n°2 : Répartition des internes selon le type de structures d'accueil en 2015



Source : DREES, 2017 ; Traitement : CBD.

Toujours selon les données de la DREES (2017), sur les 30 322 étudiants en médecine alors inscrits en internat en 2015, 55% des concernés effectuent leurs stages dans un CHU et 23% dans un CH de grande taille (c'est-à-dire ayant une capacité d'accueil supérieure à 300 lits).

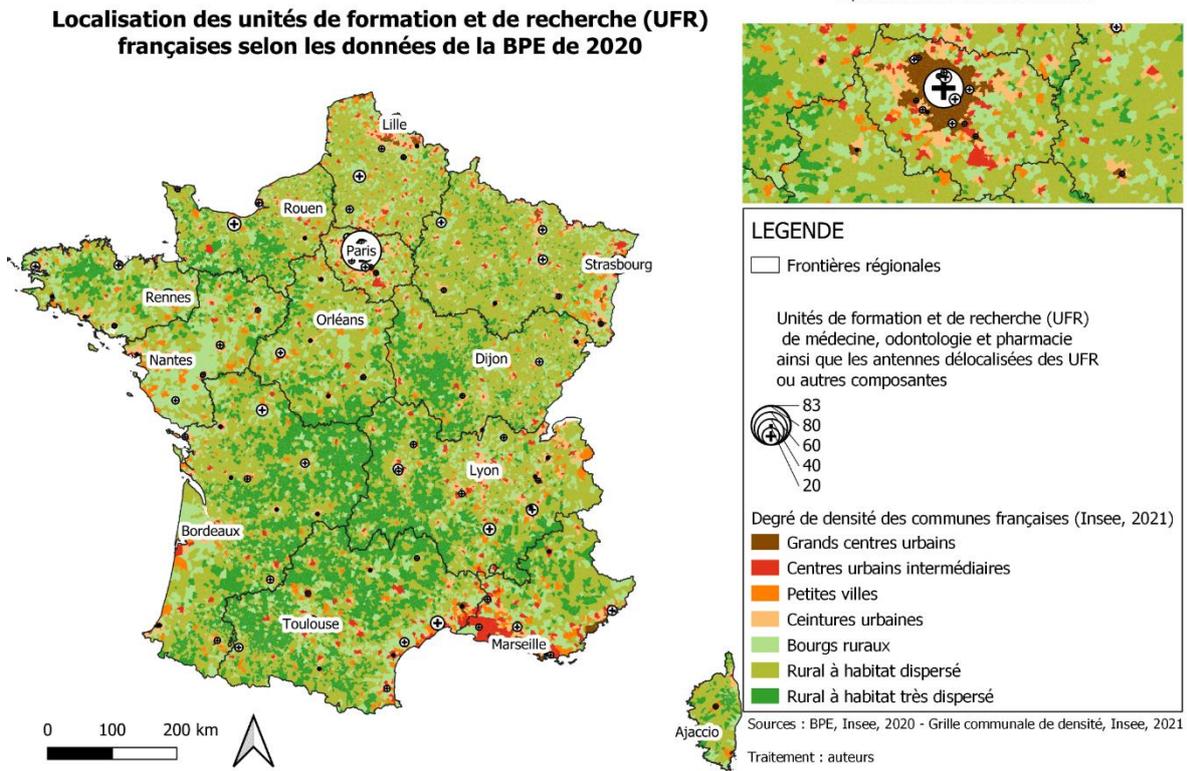
La forte localisation des internes dans les pôles urbains pose la question de son influence sur le choix de localisation des futurs professionnels de santé. En effet, en moyenne (tous étudiants confondus, quel que soit le lieu de leur internat) 62% des professionnels de santé s'installent sur le territoire sur lequel ils ont obtenu leur diplôme (Marié, 2012). Nous pouvons formuler l'hypothèse que la localisation des internes a une influence sur le choix futur de localisation et donc sur la répartition de l'offre de soins. Une augmentation des inégalités entre zones sur-dotées et zones sous-dotées peut être à craindre.

1.2.1.3. LA LOCALISATION DES UFR ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

De la même manière que la localisation des internes, celles des Unités de Formation et de Recherche (UFR) semble être un élément important pour déterminer le lieu futur d'exercice, ce qui nous amène également à questionner l'intérêt de déployer des antennes délocalisées pour favoriser la localisation des futurs professionnels de santé dans des zones moins centrales.

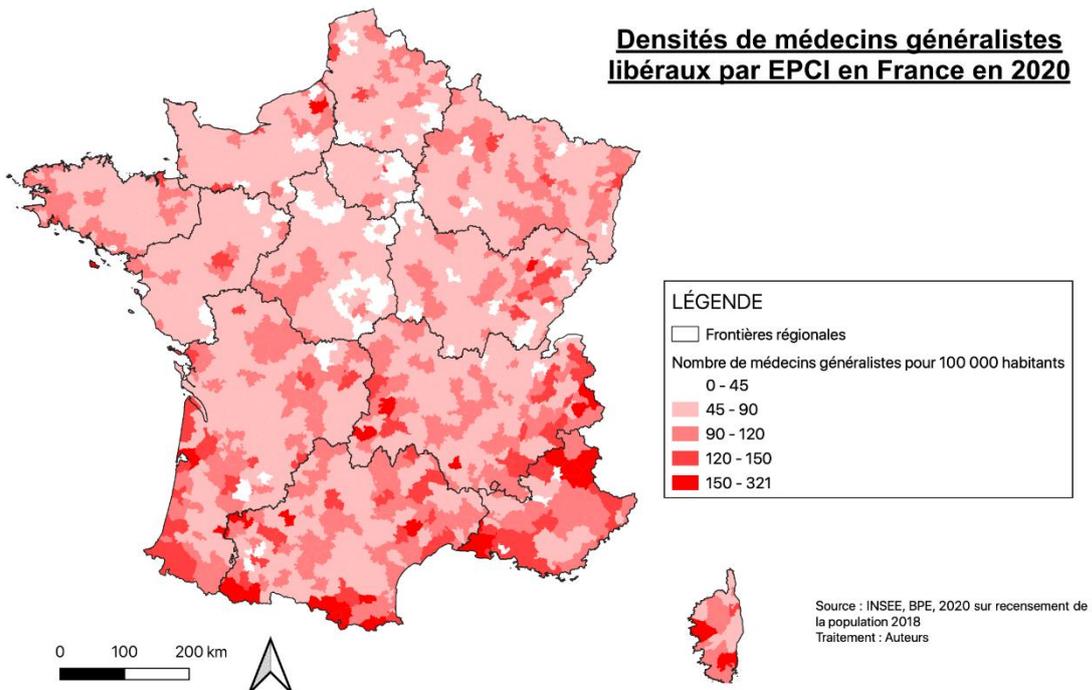
Les UFR concernent les étudiants de la filière médecine mais aussi ceux des quatre autres filières concernées par le concours commun de première année (pharmacie, odontologie, maïeutique et kinésithérapie). La carte n°4 témoigne de la centralisation des UFR autour des pôles urbains. Si toutes les capitales régionales sont dotées d'un ou plusieurs UFR, les autres villes des régions concernées ne possèdent que très rarement cet équipement.

Carte n°4 : Localisation des UFR françaises selon les données de la BPE de 2020



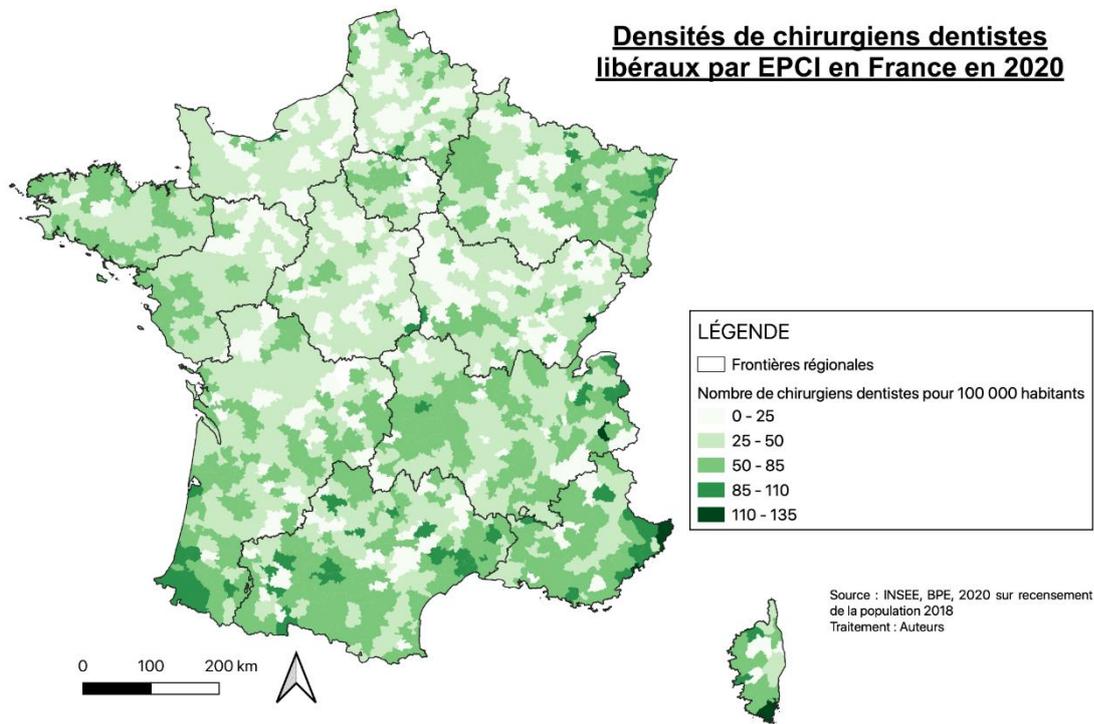
Source : BPE Insee, 2020 ; Grille communale de densité Insee, 2021 - Traitement : CBD.

Carte n°5 : Répartition des densités de médecins généralistes au niveau intercommunal (2021)



Source : INSEE, BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Carte n°6 : Répartition des densités de dentistes au niveau intercommunal (2021)



Source : INSEE, BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Les densités de médecins généralistes (carte 5) et de dentistes (carte 6) semblent faire apparaître une concentration autour des zones où se localisent les UFR, autour des pôles urbains (carte 4). A partir de cette observation, nous nous interrogeons sur l'impact que pourrait avoir la localisation des lieux de formation (et dans ce cas des UFR) sur le choix de localisation des futurs professionnels de santé ? Finalement, cela revient à se demander si la localisation polarisée des centres de formation est un facteur explicatif de la répartition inégalitaire et de plus en plus centralisée des professionnels de santé. Si tel est le cas, alors il pourrait y avoir un réel enjeu à développer les antennes de formation délocalisées, comme c'est le cas en Nouvelle-Aquitaine. La région dispose de trois UFR (Bordeaux, Poitiers et Limoges) ainsi que de quatre antennes délocalisées (Périgueux, Agen, Dax et Pau).

Ces trois éléments (capacités d'accueil, localisation des lieux d'internat et des UFR) semblent être des facteurs influençant la répartition géographique de l'offre de soins et sa localisation, ainsi que déjà mis en évidence par Dumontet et Chevillard (2020) pour les capacités d'accueil et par Marié (2012) pour les lieux d'internat.

D'autres professions sont constitutives de l'offre de soins. C'est le cas des personnels médicaux et paramédicaux que nous allons désormais aborder, à travers le cas des infirmiers.

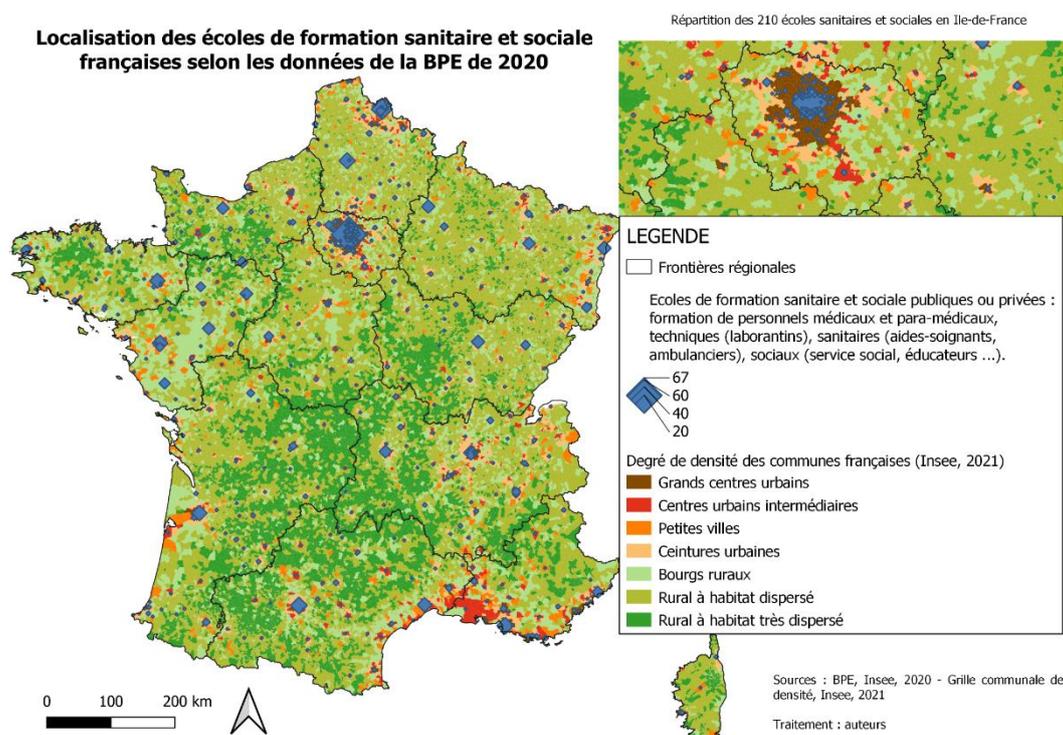
1.2.2. LES LIEUX DE FORMATION AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS

Le rôle des professionnels paramédicaux et du médico-social, notamment des infirmiers et infirmières dont l'élargissement des compétences et l'augmentation des effectifs est en débat, fera l'objet d'une étude complémentaire dans le cadre de la poursuite du projet de recherche. En revanche, il est déjà intéressant de regarder la répartition des lieux de formation des personnels paramédicaux et d'interroger le système de formation des infirmiers pour la localisation future de ces professionnels de santé.

1.2.3.1. LA LOCALISATION DES ECOLES DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIAL

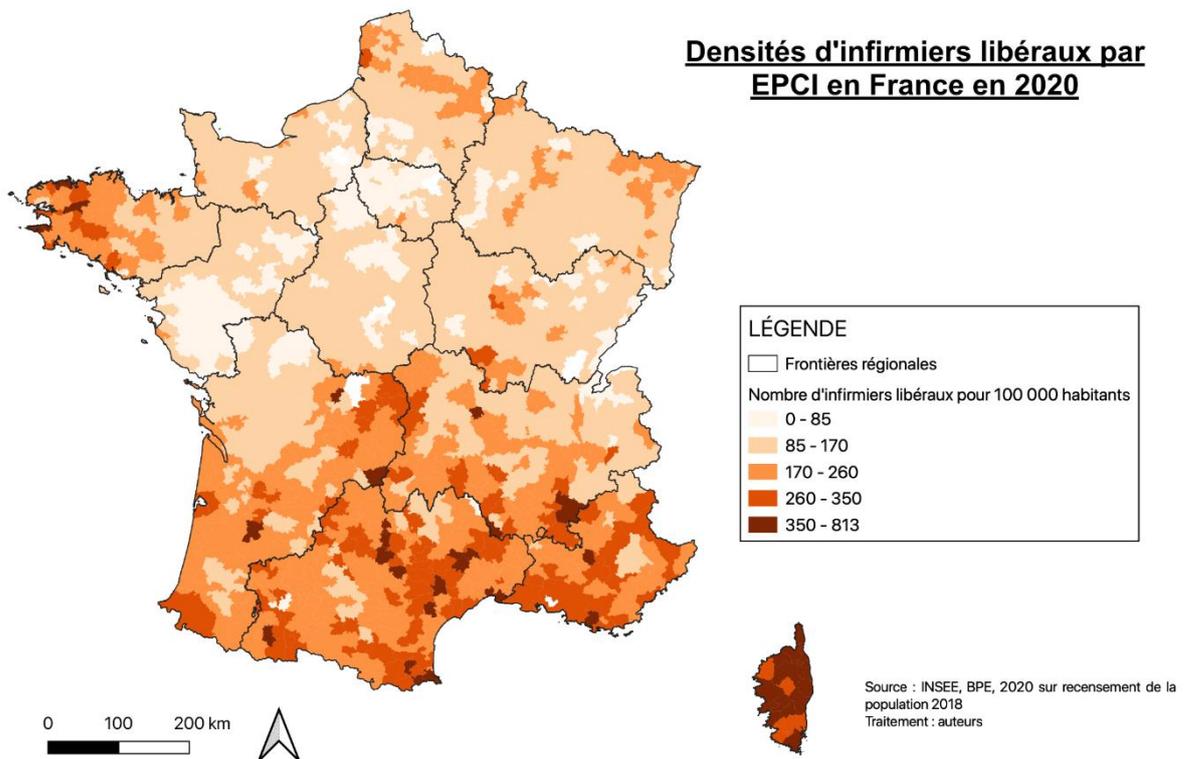
La localisation des centres de formation, publics et privés, dans le domaine sanitaire et social (personnels médicaux et paramédicaux, techniques, sanitaires et sociaux) fait l'objet de la carte 7 ci-dessous. Nous constatons que la répartition de ces centres de formation est moins polarisée que celle des UFR (carte 4, 1.2.1.3., p. 41). Des centres de formation sont certes présents au sein de chacun des centres régionaux mais chaque région possède plusieurs lieux de formation, répartis sur plusieurs communes. Nous pouvons nous questionner sur l'impact que pourrait avoir cette meilleure répartition des études paramédicales pour la population, permet-elle une meilleure accessibilité à la formation de ces métiers ? Ces questionnements sont posés en raison de la présence éventuelle de freins financiers et culturels dans la poursuite d'études post-bac pour certains étudiants. Ainsi, la meilleure répartition des écoles de formation sanitaire et sociale permet peut-être de capter un public potentiel plus large. Si celui-ci a tendance à exercer sur le lieu de formation, alors la répartition finale attendue pourrait être meilleure.

Carte n°7 : Localisation des écoles de formation sanitaire et sociale françaises (BPE 2020)



Source : BPE Insee, 2020 ; Grille communale de densité Insee, 2021 - Traitement : CBD.

Carte n°8 : Répartition des densités des infirmiers libéraux au niveau intercommunal (2021)



Source : INSEE, BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Contrairement aux médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, le lien entre localisation des lieux de formations et lieux d'exercice pour les infirmiers libéraux semble moins évident. En effet, la carte 8 ci-dessus présentée atteste d'un contraste certain entre la dotation des régions du sud de la France, et celles du nord du pays. Réalisons en ce sens un focus sur la formation des infirmiers diplômés d'État (IDE).

1.2.3.2. FOCUS SUR LA FORMATION DES INFIRMIER.E.S

La formation des infirmiers se fait dans des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). La durée des études est de 36 mois et est financée par les Conseils Régionaux. Ainsi, la durée moindre des études pourrait avoir un impact sur la répartition finale des infirmiers sur le territoire français puisque nous pouvons nous questionner sur l'influence de la durée de formation dans le choix de localisation des professionnels. Sans présupposer de résultat, l'interrogation revient à se demander si les personnes effectuant des études plus longues n'ont pas plus tendance à choisir une localisation dans un centre urbain.

Enfin, si l'accès aux études d'infirmiers n'est plus conditionné à la réussite à un concours, il dépend de l'examen du dossier en post-bac (sur Parcoursup). Ainsi, le nombre d'étudiants infirmiers formés annuellement est limité.

Le tableau 5 met en avant le nombre d'étudiants formés annuellement mais aussi les données concernant la sélection et les barrières à l'entrée des études d'infirmier. Si le nombre d'étudiants en première année a augmenté de 6% entre 2011 et 2015, la répercussion de cette augmentation n'a été que de 1% en troisième année. Cela pose question sur le taux d'abandon qui semble avoir été plus important, expliquant une augmentation moindre du nombre d'étudiants finalement diplômés (en faisant l'hypothèse que les étudiants en 3ème année vont être diplômés). En ce qui concerne la sélection, on observe un taux d'admission plus important pour 2019 et 2020 mais qui est probablement biaisé par le nouveau mode d'admission. Alors que jusque-là les étudiants passaient un concours (écrit et oral) pour être admis, quel que soit leur cursus antérieur, aujourd'hui, celui-ci ne concerne que les étudiants s'étant déjà insérés dans le monde professionnel.

Tableau n°5 : évolution des effectifs des étudiants infirmiers

		2020	2019	2018	2015	2011	Taux de croissance du nombre d'étudiants inscrits
Évolution des effectifs des étudiants infirmiers	1ère année	32.450	32.114	30.182	31.322	30.609	6%
	2ème année	29.332	28.641	28.718	29.758	28.641	2%
	3ème année	28.823	30.465	30.673	30.297	28.495	1%
	Total	91.605	91.220	89.573	91.377	87.745	4%
Sélection à l'entrée	Nombre de candidats	12.929	26.962	146.598	186.566	Données non disponibles	** Nous ne pouvons pas comparer les données de sélection entre les années présentées. Depuis 2019, un nouveau mode de sélection a été introduit via Parcoursup. Les données présentées concernent la sélection hors Parcoursup.
	Nombre d'étudiants admis	7.392	8.907	51.015	53.472		
	Taux d'admission	57%	33%	35%	29%		

Source : Enquête annuelle auprès des écoles de formation aux professionnels de santé, Drees, 2011, 2015, 2018, 2019, 2020 ; Traitement : CBD.

La formation des étudiants infirmiers répond à des logiques différentes de celle des étudiants en médecine, en pharmacie et en odontologie. En effet, le financement et la décision du nombre de places sont des éléments du ressort de l'échelon régional. La répartition sur le territoire des lieux de formation est également différente puisque les étudiants infirmiers ne sont pas obligés de se rendre dans des métropoles. Cette concentration des lieux de formation était justement une interrogation que nous posions concernant les médecins sur l'impact qu'elle pouvait avoir sur les lieux finaux d'exercice, en faisant l'hypothèse que les professionnels de santé pouvaient avoir une tendance plus forte à s'installer sur le lieu de formation.

Alors que nous nous questionnons sur le rôle de la centralisation dans la formation des inégalités, ces éléments peuvent susciter des interrogations. La répartition des infirmiers sur le territoire est différente de celle des médecins généralistes (nous y reviendrons dans la partie 3, p. 102) : elle semble être plus impactée par des différences régionales. Nous pouvons donc nous questionner sur l'impact de l'organisation régionalisée des études sur la répartition future.

Suite à l'observation d'une centralisation moindre des écoles de formation pour les infirmiers et aux inégalités de répartition moindres pour cette profession, nous pouvons être amenés à renforcer notre questionnement sur le rôle de la localisation des études dans le choix futur d'installation.

Avant d'analyser les outils de diagnostic permettant l'identification des inégalités d'accès aux soins et d'envisager les actions politiques, nationales et territoriales pour les pallier, nous proposons dans un dernier point de cette première partie de dresser un premier constat de ces inégalités.

1.3. LES INEGALITES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS : PREMIERS ELEMENTS DE DISCUSSION

Nous avons centré l'analyse sur l'organisation des systèmes et la localisation des unités de formation pour questionner l'installation des professionnels de santé. Un autre élément, que nous ne pouvons pas ignorer et qui est d'ailleurs mis en débat, porte sur la liberté (ou non) d'installation des professionnels de santé. Le tableau 6 ci-dessous présente les conditions d'installation régissant les principales professions de santé jusqu'alors évoquées. Ces conditions sont établies par la loi, elles relèvent de l'Etat et les collectivités ne peuvent agir dessus. Tout comme la localisation des centres de formation, elles peuvent toutefois expliquer en partie la formation des inégalités d'accès aux soins à l'échelle territoriale, c'est pourquoi nous les mentionnons. C'est aussi en raison de leur existence que les politiques d'attractivité sont mises en place en faveur des territoires "sous-dotés", selon des politiques de zonage reposant principalement sur des incitations financières, ainsi que nous allons le détailler dans la deuxième partie du rapport.

Tableau n°6 : Conditions d'installation des professionnels de santé

Professionnels de santé	Liberté/ restriction d'installation (exercice libéral de la profession)
Infirmiers	Liberté d'installation contrainte. Outre l'obtention du diplôme (ou sa reconnaissance officielle s'il a été obtenu dans un autre pays), les infirmiers libéraux doivent avoir exercé pendant 24 mois (équivalent temps-plein) dans une structure de soins généraux dans les 6 années précédant cette installation (article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale). Un dispositif de régulation à l'installation des infirmières libérales a été adopté pour restreindre la liberté d'installation dans certaines villes de France. L'accès au conventionnement dans les zones très dotées est conditionné : la demande d'installation n'est acceptée que si elle fait suite à la cessation définitive d'une infirmière libérale conventionnée. A cette condition indispensable s'ajoute la nécessité d'inscrire cette demande dans une logique de continuité des soins : reprise de patientèle ou intégration au sein d'un cabinet infirmier déjà existant (article 5.2.2. de la convention nationale). L'accès au conventionnement en fonction de la dotation territoriale en infirmiers libéraux est présenté en annexe 4 (p. 163).
Médecins généralistes et spécialistes	La liberté d'installation des médecins est garantie par l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale. Cette liberté de pouvoir s'installer où le médecin le souhaite sur le territoire national est à rapprocher du droit fondamental d'aller et venir. Elle est mise en débat, notamment parce qu'elle entre en contradiction avec un autre principe : celui de l'égalité d'accès aux soins et plus généralement, au principe d'égalité d'accès aux services publics.
Pharmaciens	En raison de l'article R5125-4 du code de la santé publique, les pharmacies d'officine sont soumises au régime de la planification administrative. Les pharmaciens d'officine ne peuvent s'installer et ouvrir une officine que s'ils bénéficient d'une autorisation (licence) accordée par le directeur de l'ARS (dénommée licence). L'ouverture d'une pharmacie peut résulter de l'une des trois opérations suivantes : la création d'une nouvelle officine, le transfert d'une officine existante ou le regroupement de deux ou plusieurs officines. Les

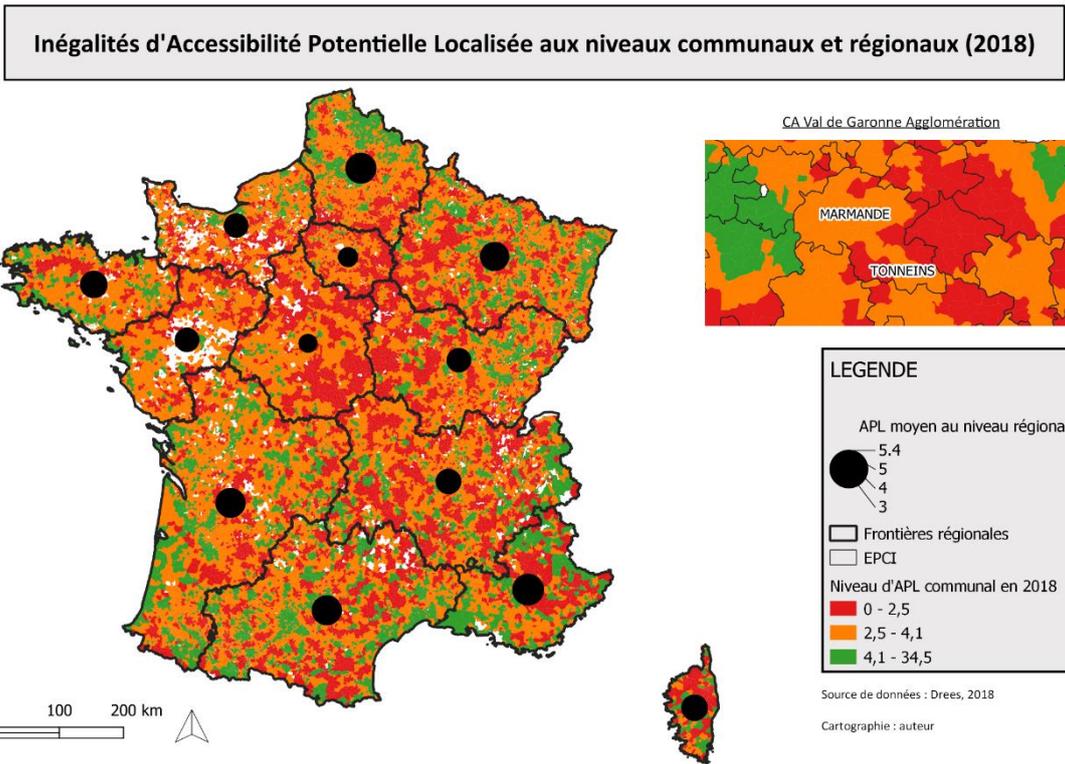
	créations d'officine restent donc une exception et ne sont permises qu'à une double condition : elles ne peuvent concerner que des communes comportant des zones franches urbaines, des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale et les conditions démographiques exigées pour une ouverture doivent être remplies depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement, aucun transfert ou regroupement n'ayant été autorisé dans ces zones durant cette période.
Chirurgiens-dentistes	Liberté d'installation contrainte. Selon l'article R.4127-278 du code de déontologie dentaire « Le chirurgien-dentiste ou toute société d'exercice en commun, quelle que soit sa forme, ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère sans l'agrément de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Il est interdit de s'installer à titre professionnel dans un local ou immeuble quitté par un confrère dans les deux ans qui suivent son départ, sauf accord intervenu entre les deux praticiens intéressés ou, à défaut, autorisation du conseil départemental de l'ordre. »
Kinésithérapeutes	Liberté d'installation contrainte. Signé en novembre 2017, l'avenant 5 de la convention nationale pose une réglementation stricte des règles d'installation dans les zones considérées comme surdotées. Pour accéder au conventionnement dans ces zones, le futur kinésithérapeute libéral doit respecter le principe dit du « 1 pour 1 » à savoir attendre « cessation définitive d'activité d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné ».
Sage-femmes	Liberté d'installation.

Source : divers articles de loi. Traitement : CBD.

Il est important de relever que les questions d'accès aux soins médicaux et paramédicaux, autrement dit la répartition de ces professionnels sur le territoire ne s'analysent pas sous le même prisme : les logiques de localisation semblent tout à fait différentes selon que l'on considère les médecins (lieux de formation urbains et liberté totale d'installation), les infirmiers (lieux de formation répartis de manière plus homogène sur le territoire, et liberté d'installation contrainte) et les pharmacies (lieux de formation urbains mais installation fortement réglementée).

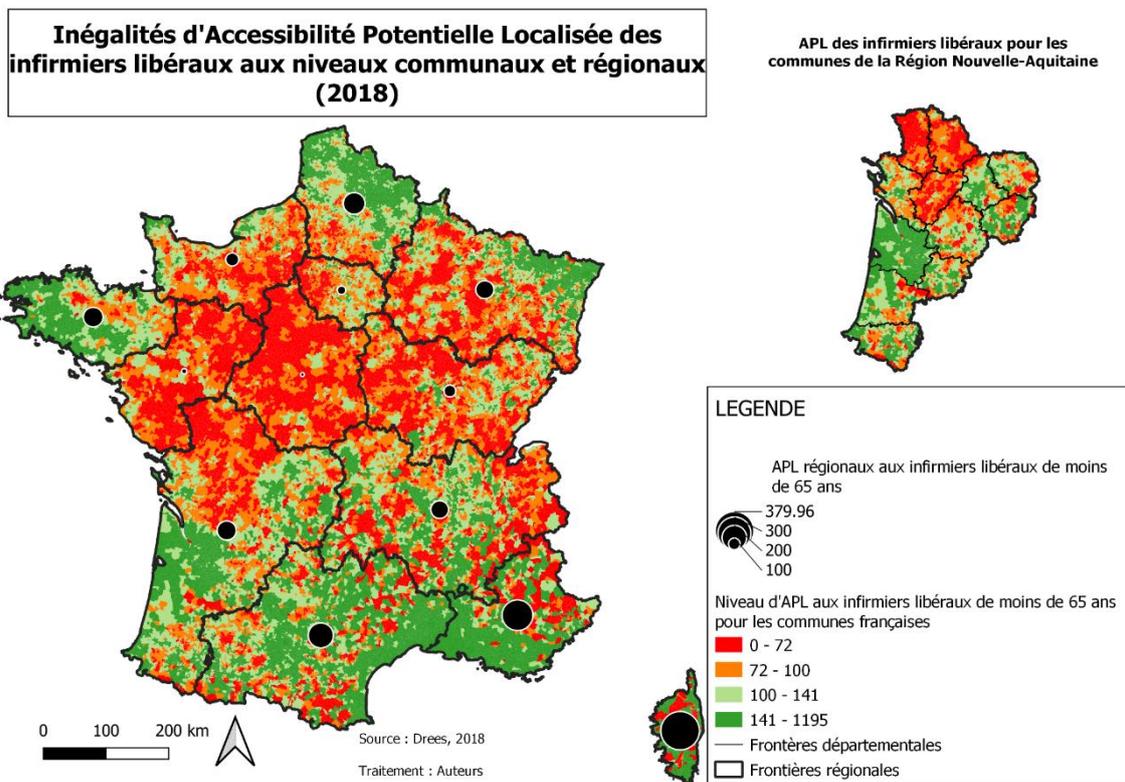
Les cartes 9 et 10 présentent les niveaux d'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmiers selon l'indicateur le plus couramment utilisé, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) que nous allons expliciter dans la deuxième partie. L'APL est l'indicateur qui définit les politiques de zonage. La carte 11 présente la densité en pharmacies des communes françaises.

Carte n°9 : APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans par communes en 2018



Source : Drees, 2018 - Traitement : CBD.

Carte n°10 : Niveau d'APL aux infirmiers libéraux par commune et par région en 2018

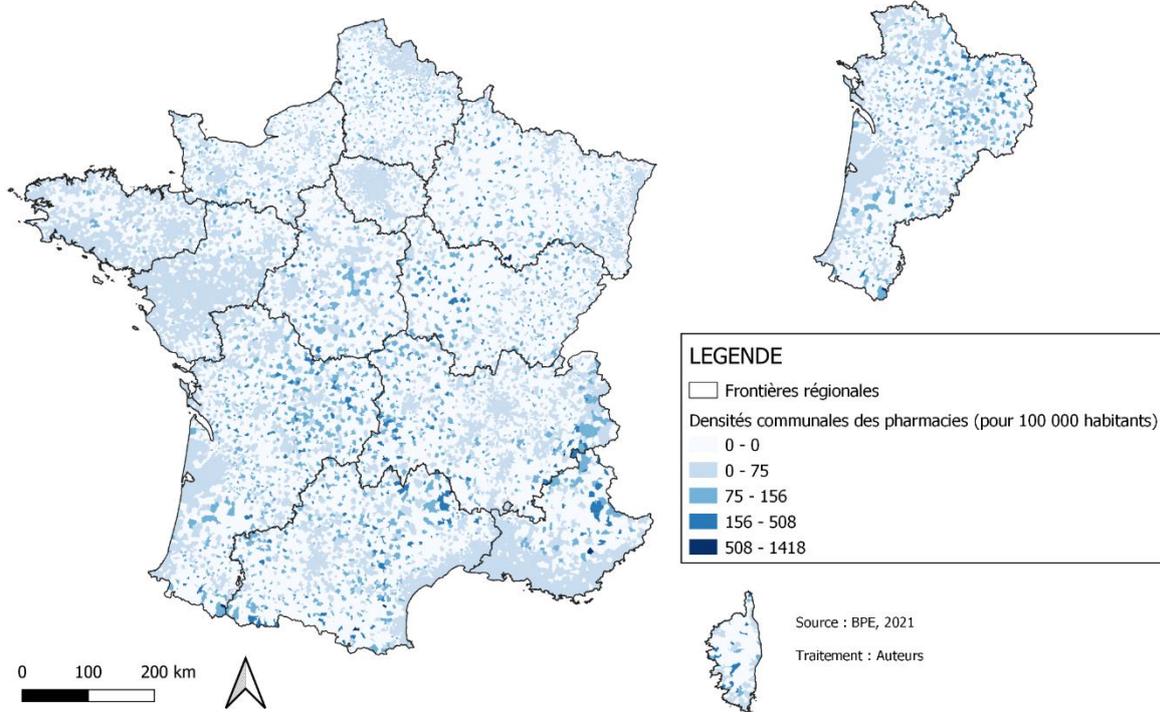


Source : Drees, 2018 - Traitement : CBD.

Carte n°11 : Répartition des densités de pharmacie au niveau communal en 2021

Densité en pharmacie des communes françaises (2021)

Densités communales de pharmacie en Nouvelle-Aquitaine



Source : BPE Insee, 2021 - Traitement : CBD.

Ces trois cartes inspirent deux commentaires qui sont autant de pistes à creuser dans la suite de nos travaux de recherche.

- Les cartes 9 et 10 montrent que les inégalités de répartition des infirmiers sont moins fortes que pour les médecins généralistes. Nous nous questionnons sur la raison de ces divergences et plus particulièrement sur le rôle de la formation dans ces dernières mais aussi sur le caractère contraint (cas des infirmiers) ou non (cas des médecins) de la liberté d'installation. Sans entrer dans le débat, nous soulignons ce qui a été mentionné dans le tableau 6 : si elle est mise en débat, c'est peut-être parce que la liberté d'installation entre en contradiction avec le principe de l'égalité d'accès aux soins et, plus généralement de l'accès aux services publics.
- Cette dernière interrogation se renforce lorsque l'on regarde le maillage territorial des officines de pharmacie (carte 11). La répartition territoriale des pharmacies est très homogène (cela sera étayé dans la troisième partie du présent rapport) alors que la répartition des UFR montrait une forte polarisation spatiale. L'installation des officines de pharmacie étant soumise au régime de la planification administrative (voir tableau 6), la question de l'intérêt des contraintes d'installation pour la répartition et l'égalité de l'offre de soins sur le territoire national mérite d'être posée.

Il nous semble pertinent de porter un intérêt particulier aux étudiants des différentes filières de formation en santé dans la suite du projet de recherche afin de questionner leurs aspirations en termes de localisation et de mode d'exercice (cette piste de recherche fait l'objet du point 4.2. (p. 152) du présent rapport).

Quelles que soient les causes (ou les déterminants) de la localisation, de la répartition de l'offre de soins et de son organisation institutionnelle, il reste que le constat est là : il existe, à l'échelle infranationale, de fortes inégalités d'accès aux soins en passe de fragiliser certains territoires, voire de remettre en cause leur pérennité. Comment poser un diagnostic et quels sont les outils de politique publique pour tenter de remédier au constat de la déprise médicale ? C'est ce que nous proposons d'explorer dans la deuxième partie du rapport.

PARTIE 2 - DU DIAGNOSTIC A LA LUTTE CONTRE LA DEPRISE MEDICALE : APL ET DISPOSITIFS D'ACTION

L'existence de disparités territoriales pour l'accès aux soins fait l'objet d'une attention particulière depuis le début des années 2000 : il est nécessaire de mieux identifier le phénomène afin de mettre en œuvre des dispositifs pour tenter d'y remédier (Rapport Descours, 2003). Du point de vue de l'identification, qui va plutôt relever de travaux académiques, les indicateurs de diagnostic et d'évaluation proposés ont évolué, notamment dans le nombre de variables prises en compte, de manière à améliorer leur représentativité des disparités infranationales (2.1). Dans cette première sous-partie, nous proposons une illustration appliquée au cas du Val-de-Garonne Agglomération (VGA), afin de confronter ces dispositifs aux résultats de l'enquête menée auprès de la population du VGA sur leur ressenti de l'accessibilité aux soins. D'un point de vue plus opérationnel, relevant plutôt de l'action publique, de nombreux textes de loi ont été proposés pour encourager la mise en place de dispositifs différenciés en fonction des territoires. Ils se sont multipliés ces dernières années, notamment sous la forme d'incitations à l'installation des professionnels de santé dans les zones définies comme "sous-dotées" par rapport à la moyenne nationale selon les indicateurs proposés. Cette troisième phase, dite d'action dans une démarche de veille territoriale, est conduite dans le cadre de politiques de zonage (logique compensatrice), mais aussi d'initiatives opérationnelles (2.2.).

2.1. L'ACCESSIBILITE POTENTIELLE LOCALISEE (APL) : UN INDICATEUR POUR APPREHENDER LES INEGALITES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS

Les pouvoirs publics (Etat et organismes déconcentrés) ont besoin d'éléments de diagnostic afin de guider l'action à mener. L'APL (Accessibilité Potentielle Localisée), dont nous explicitons la construction dans le point 2.1.2., est aujourd'hui l'indicateur de référence de cette évaluation. Il s'est imposé au terme d'une évolution des indicateurs dans une démarche de plus en plus fine de veille territoriale (2.1.1.). L'APL permet de révéler de fortes disparités à l'échelle infranationale (2.1.3.) et il est au fondement des politiques de zonage axées sur la santé.

2.1.1. DE LA DENSITE MEDICALE A L'APL : UNE CARACTERISATION DE L'EVOLUTION DES INDICATEURS DANS UNE PERSPECTIVE DE VEILLE TERRITORIALE

Depuis l'émergence des préoccupations concernant l'accès aux soins au début des années 2000, plusieurs indicateurs se sont succédé que nous présentons dans le tableau 7 ci-dessous.

Tableau n°7 : Les indicateurs du zonage (2003-2022)

Date	Institution en charge du zonage	Indicateur	Maillage	Seuil critique	Dispositifs d'aides
2003 - 2004	État - ONDPS ¹³	Densité médicale (Descours, 2003)	Canton	Zones déficitaires = moins de 3 médecins généralistes pour 5 000 habitants (1% de la population française)	Pas de dispositifs → Logique d'identification
2004 - 2005	État - ONDPS - URCAM ¹⁴	Densité médicale, niveau d'activité des médecins, niveau de la demande de soins, distances	Canton	Zones déficitaires = moins de 1 médecin ETP pour 1 600 habitants	Pas de dispositifs → Logique d'identification
2005 - 2011	Assurance Maladie - MRS ¹⁵	Densité médicale, niveau d'activité des médecins (DHOS, 2005)	Bassin de vie	Identification de 360 zones déficitaires (= 4% de la population française)	Exonérations fiscales, bourses d'études par l'État et collectivités territoriales dans les ZRR et ZFU ¹⁶
2011 - 2017	ARS	Librement choisi et inscrit dans le volet « ambulatoire » du SROS ¹⁷	Librement choisi mais obligation d'un maillage reconnu par l'INSEE	Libre mais plafonnement national à 7,34% des habitants vivant en zones sous-dotées → Coordination par les ARS.	CESP ¹⁸ , exonération des revenus issus de permanence de soins ambulatoire, contrat PTMG ¹⁹
À partir de 2017	ARS - Ministère de la santé	APL imposé	« Territoire de vie-santé ²⁰ »	ZIP = APL ²¹ <2,5 (8% de la population) et € [2,5 ;4] (dit vivier) dans la limite de 18% de la population française. ZAC ≈ APL € [2,5 ;4] dans une limite de 56% de la population française.	Continuité des outils développés sur la période précédente.

Source : Tableau inspiré des travaux de Chevillard *et al* (2018).

¹³Observatoire de la démographie des professions de santé

¹⁴Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie

¹⁵Missions régionales de santé

¹⁶Zones de revitalisation rurale et Zones franches urbaines

¹⁷Schéma régional d'organisation des soins : document établi pour 5 ans par les ARS en vue de définir les principaux enjeux, objectifs et champs d'intervention en matière d'organisation du système de soins.

¹⁸Contrat d'engagement de service public : Allocation mensuelle disponible dès la deuxième année de médecine contre engagement à exercer dans une commune sous-dotée

¹⁹Praticien territorial de médecine générale : Dispositif incitatif à l'installation des médecins généralistes en zones sous-dotées : Salaire minimum assuré à 6 900 € brut/mois pendant deux ans, et protection sociale étendue.

²⁰Le territoire de vie-santé est une « maille d'action » retenue par le ministère de la santé et des solidarités et qui est construit de façon à être le plus représentatif possible des « possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien ».

²¹APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans.

Relevant d'institutions différentes au fil du temps, la principale évolution des indicateurs que nous pouvons noter est le passage de la seule prise en compte du côté "offre de soins" à sa confrontation avec le versant de la "demande de soins". C'est ainsi que le premier indicateur, celui de la densité médicale permettant l'identification des zones dites "déficitaires" en termes de présence de médecins (offre de soins) a progressivement été remplacé par l'indicateur de l'APL, prenant en compte la demande et améliorant le maillage utilisé dans les calculs de la densité médicale²².

Cette évolution peut être retracée en retenant une approche de veille territoriale et en distinguant les trois étapes de diagnostic, d'évaluation et d'action.

La **phase de diagnostic** a pour objet d'identifier les territoires porteurs de difficultés. Pour cela, des indicateurs doivent être élaborés afin de quantifier le problème observé. De ce point de vue, les indicateurs proposés ont évolué pour appréhender de plus en plus finement les difficultés rencontrées. La densité médicale au niveau communal a ainsi été le premier outil de cette mesure mais deux types d'améliorations ont permis de l'enrichir (APL) : une adaptation du maillage retenu pour qu'il soit plus cohérent avec les réalités vécues sur les territoires ("Territoire de vie-santé") et une prise en compte de la demande de soins s'exprimant sur le territoire (dimension plus globale d'accès aux soins).

La **phase d'évaluation** doit permettre, au vu du constat dressé par la phase de diagnostic, d'envisager les mesures à mettre en place. Le but étant la réduction des différences d'accès aux soins, ces mesures doivent permettre une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. La demande de soins étant considérée comme exogène, les pouvoirs publics peuvent agir seulement sur l'offre de soins. Cette évaluation est fortement liée aux outils de mesure et au maillage utilisé, d'où la nécessité d'une territorialisation croissante et d'une adéquation du maillage retenu aux spécificités des problèmes rencontrés.

L'APL (encadré 4) constitue ainsi, depuis sa création en 2012, l'indicateur de référence de la mesure du niveau d'accès aux soins sur un territoire donné. C'est un indicateur multidimensionnel et synthétique qui permet l'enrichissement des perceptions de l'accessibilité aux soins (Barlet et al, 2012). A sa création en 2012, la moyenne et la médiane nationale de l'APL aux médecins généralistes prenaient respectivement les valeurs de 4,11 et 4,07, chiffres sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir car ils sont au cœur de la détermination des zones dans le cadre des politiques de zonage en matière de santé.

²² Le maillage utilisé dans le calcul de la densité médicale se base sur des critères administratifs et fait l'hypothèse que l'offre d'un territoire ne peut s'adresser qu'à la demande de ce même territoire.

Encadré n°4 : L'APL (Accessibilité Potentielle Localisée)

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un indicateur développé par la Drees. Indicateur de référence, il se mesure à l'échelon communal et prend en compte une multitude de variables.

Plus intégré qu'un calcul de densité, la richesse de l'APL réside dans les hypothèses dont elle tient compte dans son mode de calcul :

Une offre limitée et différenciée entre les professionnels de santé : chaque médecin de sa propre autonomie d'exercice, ne réalise pas le même nombre d'acte par an : raisonnablement en équivalent temps plein **Critère de la disponibilité de l'offre**

Un taux de recours aux soins différencié en fonction de l'âge : les individus selon leur âge n'ont pas la même demande annuelle de soins **Critère de demande différenciée.**

Une accessibilité qui dépend de la distance et une « concurrence territoriale » potentielle : La consommation de soins s'affranchit des zonages administratifs (communes) et plus le temps de trajet motorisé augmente, plus l'accessibilité est faible **Critère de la proximité de la demande.**

La valeur prise par l'APL indique le nombre de consultations potentielles annuelles par individu à une certaine spécialité médicale.

La **phase d'action** permet de sélectionner, après une première évaluation, les mesures qui semblent plus cohérentes et efficaces que les autres. Ce sont celles qui seront mises en œuvre. C'est en 2005 et conjointement au vote de la loi relative du Développement des Territoires Ruraux (DTR²³) que les premiers dispositifs visant à faciliter la constitution d'une offre de soins dans les zones alors qualifiées de « déficitaires » voient le jour. Cette période marque ainsi le début d'une prise de conscience de la nécessité d'une action publique face au déséquilibre qui se dessine sur certains territoires entre demande et offre de soins. La nécessité de zonages fins, précis et représentatifs des diversités territoriales apparaît à cette occasion qui est aussi celle d'une territorialisation croissante des politiques, notamment par l'inscription de la problématique dans celle, plus large, de l'attractivité des territoires. Ainsi qu'en témoigne l'évolution du maillage, passant des cantons aux bassins de vie puis aux "territoires de vie-santé", la question de l'accès aux soins s'inscrit progressivement dans la logique plus globale de l'accès aux équipements et services (nous reviendrons sur ce lien en partie 4.1., p. 143).

2.1.2. L'INDICATEUR APL : UN CALCUL NORMALISE DES INEGALITES TERRITORIALES

L'indicateur Accessibilité Potentielle Localisée (APL) a été créé par quatre chercheuses françaises de la DREES et de l'IRDES. Nous nous appuyons de fait à plusieurs reprises sur leur principal travail publié en 2012 (Barlet *et al.*, 2012).

L'APL est un indicateur se voulant refléter le caractère multidimensionnel de l'accès aux soins en confrontant accès réel et accessibilité potentielle et en prenant en compte les dimensions spatiale et a-spatiales dans l'accès aux soins. Ainsi que présentées dans le tableau 8, les dimensions spatiales renvoient à la disponibilité de l'offre et à l'accessibilité physique à celle-ci alors que les dimensions a-spatiales concernent des critères de commodité, de capacité financière et d'acceptabilité (Barlet *et al.*,

²³La loi relative au développement des territoires ruraux (2005) est une loi visant à réajuster un ensemble de dispositifs en faveur du développement des territoires ruraux et censée faciliter les projets d'aménagement du territoire. Un volet de cette loi est notamment consacré à l'accès aux services publics. L'un des principaux apports de cette loi est la réactualisation des territoires en ZRR en faveur à l'installation et au maintien d'un ensemble d'activités.

2012). L'APL permet ainsi de synthétiser des indicateurs déjà connus, parmi lesquels on retrouve la densité médicale ou encore le temps d'accès²⁴ et la densité répartie²⁵.

Tableau n°8 : Taxinomie des études d'accès aux soins combinant dimensions et étapes

		Étapes	
		Accès potentiel	Accès effectif
Dimensions	Spatiale →	↓ Études de distance et de disponibilité qui ne considèrent pas les mesures d'utilisation des services	↓ Étude d'utilisation considérant les facteurs spatiaux
	A-spatiale →	Études d'abordabilité, des facteurs culturels et autres facteurs non-spatiaux qui ne considèrent pas les mesures d'utilisation des services	Études d'utilisation qui considèrent l'abordabilité, les facteurs culturels et autres facteurs a-spatiaux

Source : Guagliardo, 2004 ; extrait de Barlet et al. (p. 7), 2012

Nous présentons dans ce rapport le calcul de l'indicateur APL en quatre temps : à la base de l'indicateur, la référence à la méthode dite du "2SFCA" permettant la prise en compte d'éléments relevant de l'offre et de la demande (2.1.2.1.) ; au cœur de sa construction, la quantification de l'offre (2.1.2.2.) puis celle de la demande (2.1.2.3.) et, enfin, la synthèse permettant le calcul de l'APL (2.1.2.4.).

2.1.2.1 LA METHODE 2SFCA POUR UNE PRISE EN COMPTE CONJOINTE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Le calcul de l'APL se base sur la méthode du *Two-step floating catchment area* (2SFCA) initiée par Radke et Mu (2000) puis développée par Luo et Wang (2003, 2005). Afin d'intégrer des éléments portant sur la demande, les auteurs s'affranchissent des limites administratives pour établir des secteurs flottants définissant la demande potentielle pour une offre en professionnels de santé. L'APL propose alors de distinguer, pour les croiser, deux zones :

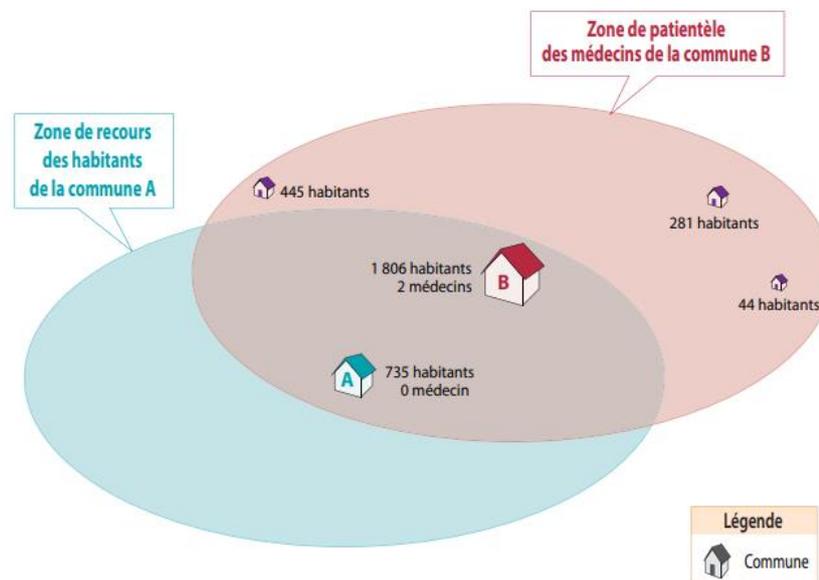
- une **zone de recours** : les habitants d'une commune peuvent accéder à un ensemble de professionnels de santé exerçant en dessous d'une certaine distance jugée comme accessible, quelle que soit la commune d'appartenance de ce professionnel de santé ;
- une **zone de patientèle** : les professionnels de santé sont susceptibles de répondre à la demande de toutes les communes situées à une distance inférieure à celle de référence.

²⁴La distance d'accès a été utilisée dans une étude de l'IRDES dont l'objet est l'étude des distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 (Coldefy et al, 2011).

²⁵La densité répartie est une mesure proposée par Mizrahi et Mizrahi (2011). Celle-ci permet de prendre en compte à la fois la densité et la distance. C'est un indicateur appliqué au secteur hospitalier afin de définir un nombre de lits pour 1000 habitants. Ce chiffre est obtenu en affectant à chaque commune un nombre de lits théorique proportionnel aux nombres d'habitants et à l'attraction des différents hôpitaux.

Le schéma 5 ci-dessous illustre le recoupement possible entre zone de recours et zone de patientèle, ce qui permet de visualiser les frontières du recouvrement entre offre et demande de soins.

Schéma n°5 : Exemple de zone de patientèle et de zone de recours



Source : Barlet et al. (p. 11), 2012

L'APL, qui se construit ainsi en deux étapes, au croisement de deux dimensions, celle de l'offre et celle de la demande, permet en outre d'intégrer la question de la concurrence potentielle que se font les communes entre elles, liée au fait qu'un professionnel de santé ne satisfait pas uniquement la demande de sa commune. En effet, les zones de patientèle et les zones de recours s'affranchissent des limites administratives : une consultation offerte dans une commune pourra être accessible aux habitants de celle-ci mais aussi à ceux qui résident autour. Au-delà de la notion de concurrence potentielle entre les communes qui les poussent à vouloir accueillir un médecin, il est possible de considérer des territoires plus larges : ce n'est pas parce qu'une commune n'a pas de professionnels de santé sur son territoire que la population ne peut pas accéder aux consultations offertes sur les territoires alentours.

La première étape est celle de définition de la zone de patientèle et la deuxième celle de la définition de la zone de recours. Afin de ne pas alourdir le propos, le détail du calcul fait l'objet de l'encadré n°5.

Encadré n°5 : Méthode de calcul de la zone de patientèle et de la zone de recours

Méthode de calcul :

- Etape 1 : Zone de patientèle

Une zone de patientèle doit être définie autour des médecins implantés dans une commune. On peut alors définir, pour chaque commune j d'implantation des médecins, l'ensemble des communes i accessibles (c'est-à-dire située à une distance inférieure à d_0). Le ratio R_j rapporte le nombre de professionnels de santé en j à la population située dans une aire d'attraction définie par d_0 autour de la commune j (zone de patientèle).

$$R_j = \frac{\sum m_j}{\sum_{(d_{ij} \leq d_0)} p_i}$$

Avec : m_j le nombre de médecins dans la commune j ; p_i le nombre d'habitants des communes i situées à une distance j inférieure à d_0 ; d_{ij} la distance entre la commune i et j .

- Etape 2 : Zone de recours

Pour chaque commune i (population), on identifie les communes j accessibles sous d_0 . A_i est l'accessibilité de la population située en i à l'offre de soins.

$$A_i = \sum_{d_{ij} \leq d_0} R_j$$

Source : Barlet *et al.*, 2012

L'APL se compose ainsi de plusieurs éléments que nous allons désormais présenter : la quantification de l'offre de soins ; la quantification de la demande de soins et l'interaction entre l'offre et la demande.

2.1.2.2 LA QUANTIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LE CALCUL DE L'APL

Pour quantifier l'offre de soins, et c'est ici l'un de ses grands apports, l'APL ne prend pas seulement en compte le nombre de professionnels de santé mais il tient compte de leur temps de travail et du nombre d'actes réalisés. Ainsi, des Équivalents Temps Plein (ETP) sont calculés afin de pondérer la présence des professionnels de santé en fonction de la quantité d'actes qu'ils réalisent (pour une explication, voir encadré n°6). Dans ce calcul, tous les professionnels sont comptés, qu'ils soient conventionnés en secteur 1, en secteur 2 ou non conventionnés et qu'ils exercent dans un cabinet principal ou secondaire. C'est en fonction de la distribution du nombre d'actes que les seuils des ETP sont définis, c'est ce que montre le tableau n°9. Il est à noter que les seuils définis ont vocation à évoluer. Par exemple, dans le tableau 9, les valeurs sont celles valables pour le calcul de l'APL effectué par la DREES en 2010.

Tableau n°9 : Pondération de l'activité des médecins généralistes

Déciles de distribution	Quantité d'actes annuels	ETP
< 5 %	< 273	0
5 à 10 %	[273 - 1 028[0,2
10 à 25 %	[1 028 - 2 643[0,5
25 à 50 %	[2 643 - 4 252[0,7
≥ 50 %	≥ 4 252	1

Source : Sniiram ; extrait de Barlet *et al.* (p. 15), 2012

Champ : France entière, médecins généralistes libéraux actifs au 31 décembre 2010

Encadré n°6 : Les Équivalents Temps Plein (ETP)

Le nombre d'actes annuels réalisés est considéré dans le calcul de l'APL comme une variable agissant sur le niveau d'offre de soins par les médecins.

Sur la base des données de l'assurance maladie (2010) pour les médecins généralistes et en observant la distribution du nombre d'actes annuels réalisés par les médecins généralistes, un « niveau d'activité » est attribué à chacun d'entre eux (à l'aide de l'ETP) selon les correspondances ci-dessus explicitées.

Par exemple : Si un médecin réalise 2000 actes par an, celui-ci est considéré comme ayant une activité deux fois moins importante qu'un médecin exerçant à temps plein (et réalisant donc plus de 4 252 actes/an) (là où un calcul de densité considère l'offre comme une constante : pas de différenciation entre l'activité des médecins).

Note : Selon l'IRDES, l'offre de soins étant « en partie endogène » aux territoires et à leur niveau de demande, la prise en compte de cette variable permet de neutraliser ces effets de demande et donc d'obtenir une représentation plus fidèle de l'accessibilité potentielle localisée.

Source : Barlet *et al.*, 2012

Le principe des ETP a été révisé en 2015 pour le calcul des APL aux médecins généralistes, concomitamment à un besoin de lisibilité de l'indicateur. C'est à cette date que les pouvoirs publics ont entrepris la mise en place d'une logique de zonage incitatif pour les zones identifiées comme sous-denses. La comptabilisation de l'activité se fait depuis selon les règles présentées en tableau n°10.

Tableau n°10 : Comptabilisation de l'activité des médecins généralistes pour les données d'APL aux médecins généralistes de 2015, 2016, 2017 et 2018

Nombre de consultations et de visites effectuées dans l'année d'après les données du SNIIR-AM ²⁶	Nombre de consultations et visites comptabilisées dans l'indicateur
Moins de 250	0
Entre 251 et 3 600	3 600
Entre 3 601 et 6 000	Nombre de consultations et visites effectuées dans l'année d'après les données du SNIIR-AM
Plus de 6 000	6 000

Source : Jeu de données APL, DREES, identifiant du jeu de données : [530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl](#)

Plusieurs éléments sont désormais intégrés pour quantifier l'offre de soins. Comme pour les ETP, les seuils présentés dans le tableau sont définis par la DREES au moment du calcul de l'APL et correspondent aux caractéristiques de la distribution du nombre d'actes réalisés par médecins. Lorsqu'un professionnel de santé effectue peu d'actes annuels (moins de 250), ils ne sont pas pris en compte. A l'inverse, lorsqu'un praticien effectue plus de 6 000 actes annuels, les actes au-dessus de ce seuil ne sont pas comptabilisés. Cela permet d'intégrer dans le calcul le fait que certains professionnels de santé peuvent effectuer beaucoup d'actes non pas par choix mais par obligation, notamment lorsqu'ils se trouvent dans une zone sous-dotée. La borne maximale de 6 000 consultations annuelles n'est cependant pas appliquée pour les centres de santé. Concernant les praticiens effectuant entre 251 et 3 600 actes annuels, le chiffre retenu est la borne supérieure (3 600), celle-ci étant jugée représentative du nombre d'actes effectués par ces praticiens selon la DREES. Ainsi, seuls les professionnels effectuant entre 3 601 et 6 000 actes se voient comptabiliser le nombre exact d'actes effectués. Grâce aux données de la DREES utilisées pour le calcul de l'APL, on peut mentionner le fait que les cabinets ayant été ouverts dans l'année se voient attribuer un nombre de consultations ou visites de 5 400 (ce chiffre étant le nombre médian de consultations annuelles par professionnel).

Avec ce principe de comptabilisation de l'activité, l'APL aux médecins généralistes se lit désormais comme un nombre de consultations accessibles par an et par habitant.

Les deux méthodes ainsi présentées (ETP et comptabilisation des actes pour les médecins généralistes) sont utilisées actuellement dans les calculs des APL. L'APL aux médecins généralistes se calcule avec les actes réalisés (tableau n°10) et l'APL aux masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers se calculent grâce aux ETP²⁷.

²⁶ Système national inter-régimes de l'assurance maladie

²⁷ Pour ces derniers, l'APL se lit donc de manière différente (nombre de consultations accessibles par an et pour 100 000 habitants).

2.1.2.3 LA QUANTIFICATION DE LA DEMANDE DE SOINS DANS LE CALCUL DE L'APL

La méthode du 2SFCA prend certes en compte la demande dans le calcul de l'accessibilité aux soins mais l'APL va introduire un élément supplémentaire basé sur le principe que le besoin de soins n'est pas homogène pour l'ensemble de la population. C'est ainsi que l'âge va être considéré comme un élément différenciateur de la demande de soins des populations²⁸. La population est ainsi standardisée et on associe à chaque classe d'âge un coefficient reflétant la part de sa consommation de soins en médecins généralistes dans la consommation totale observée en France métropolitaine (nous explicitons cela dans l'**encadré n°7**).

Encadré n°7 : Standardisation de la population

L'âge est considéré dans le calcul de l'APL comme une variable agissant sur la demande de soins des populations.

En ce sens, sont établis pour un ensemble de tranches d'âge des « taux de recours aux soins » mettant en avant, pour chacune d'entre-elles leur représentativité dans la consommation globale de soins.

Ces taux de recours sont obtenus par l'IRDES et la DREES « en fonction de la pondération entre le taux de recours moyen de la tranche d'âge et le taux de recours moyen de la population totale ».

Par exemple : Si un enfant âgé de 5 à 9 « représente » 0,65 consommateur de soins, une personne âgée de 80 à 84 représente en revanche 2,12 consommateurs de soins dans le calcul de l'APL (là où un calcul de densité considère la demande comme constante : une personne = un consommateur peu importe ses caractéristiques).

Le calcul du poids de chaque catégorie d'âge est le suivant :

$$Poids = \frac{\frac{\sum \text{Actes de la tranche d'âge } i}{\text{Population de la tranche d'âge } i}}{\frac{\sum \text{Actes toutes tranches d'âge}}{\text{Population totale}}}$$

A titre d'illustration, le tableau n°11 montre les poids attribués à chaque tranche d'âge pour le calcul de l'APL en 2016, 2017 et 2018 (comme pour les ETP, les poids peuvent varier annuellement afin de prendre en compte les évolutions des besoins en soins de la population).

²⁸Il a été démontré que le sexe n'avait pas d'influence significative sur la dépense de soins de ville, une fois que la structure par âge de la population a été considérée.

Tableau n°11 : Pondération de la population selon l'âge

Tranche d'âge	Poids de la tranche d'âge en 2015	Poids de la tranche d'âge en 2016	Poids de la tranche d'âge en 2017	Poids de la tranche d'âge en 2018
Moins de 5 ans	1,25	1,25	1,26	1,25
De 5 à 9 ans	0,75	0,80	0,74	0,74
De 10 à 14 ans	0,65	0,65	0,63	0,62
De 15 à 19 ans	0,67	0,65	0,64	0,65
De 20 à 24 ans	0,67	0,66	0,67	0,68
De 25 à 29 ans	0,72	0,72	0,71	0,72
De 30 à 34 ans	0,77	0,79	0,78	0,77
De 35 à 39 ans	0,81	0,82	0,82	0,82
De 40 à 44 ans	0,87	0,87	0,86	0,87
De 45 à 49 ans	0,94	0,93	0,94	0,93
De 50 à 54 ans	1,02	1,02	1,04	1,03
De 55 à 59 ans	1,13	1,12	1,12	1,13
De 60 à 64 ans	1,18	1,17	1,18	1,18
De 65 à 69 ans	1,26	1,25	1,26	1,26
De 70 à 74 ans	1,42	1,41	1,41	1,41
De 75 à 79 ans	1,61	1,58	1,59	1,58
De 80 à 84 ans	1,80	1,76	1,78	1,77
De 85 à 89 ans	1,96	1,89	1,91	1,89
Plus de 90 ans	1,79	1,78	1,79	1,75

Sources : EGB 2015 à 2018, populations municipales 2013 à 2016 INSEE
 Traitement : Drees, APL 2018 aux médecins généralistes
 Champ : consommations 3 régimes (RG, MSA, RSI), extrapolées à la population nationale.
 Note : le poids d'une tranche d'âge est calculé comme la consommation moyenne en soins de médecine générale de la tranche d'âge, rapportée à la consommation moyenne nationale.

2.1.2.4. INTERACTION OFFRE-DEMANDE ET SYNTHÈSE DU CALCUL DE L'APL

L'interaction entre l'offre et la demande est prise en compte par la distance qui sépare le praticien du patient, mesurée en termes de temps de transport motorisé (voiture²⁹). La localisation des professionnels de santé et des populations est rapportée à la localisation de la mairie de la commune d'appartenance (d'exercice ou de résidence).

Pour la calcul de l'APL, un seuil de distance est fixé³⁰ pour délimiter les zones de patientèle et de recours. Ce seuil est choisi à un niveau pour lequel l'indicateur lui est fortement sensible. Une forte sensibilité au seuil de 15 minutes (tableau n°12) est observée. En effet, la forte hausse de corrélation entre 10 et 15 minutes (0,54) et celle entre 15 et 20 minutes (0,64) signifie que c'est à cette distance (15 minutes) que la population va considérer une consultation comme accessible et donc, choisir d'y renoncer ou non. C'est donc par l'observation de cette corrélation que le seuil de distance utilisé dans l'APL va être déterminé.

Tableau n°12 : Effet du seuil de distance sur l'Accessibilité potentielle localisée (APL) [corrélation pondérée par la population]

Seuil (en minutes)	Seuil (en minutes)					
	5	10	15	20	25	30
5						
10	0,50					
15	0,35	0,54				
20	0,31	0,44	0,64			
25	0,27	0,40	0,54	0,73		
30	0,26	0,38	0,50	0,62	0,80	

Source : Extrait de Barlet *et al.* (p. 23), 2012 sur la base des données du Sniiram et du Cnamts (2010) et de l'INSEE (population municipale 2008).

Champ : Médecins généralistes libéraux hors médecins à exercice particulier (Mep), France

Ce seuil de 15 minutes semble également cohérent puisque, toujours selon Barlet *et al.* (2012), 84% de la population peut accéder à un professionnel de santé en dessous de ce seuil. Les consultations disponibles à une distance supérieure à 15 minutes en voiture³¹ ne sont pas prises en compte, car jugées inaccessibles pour la population.

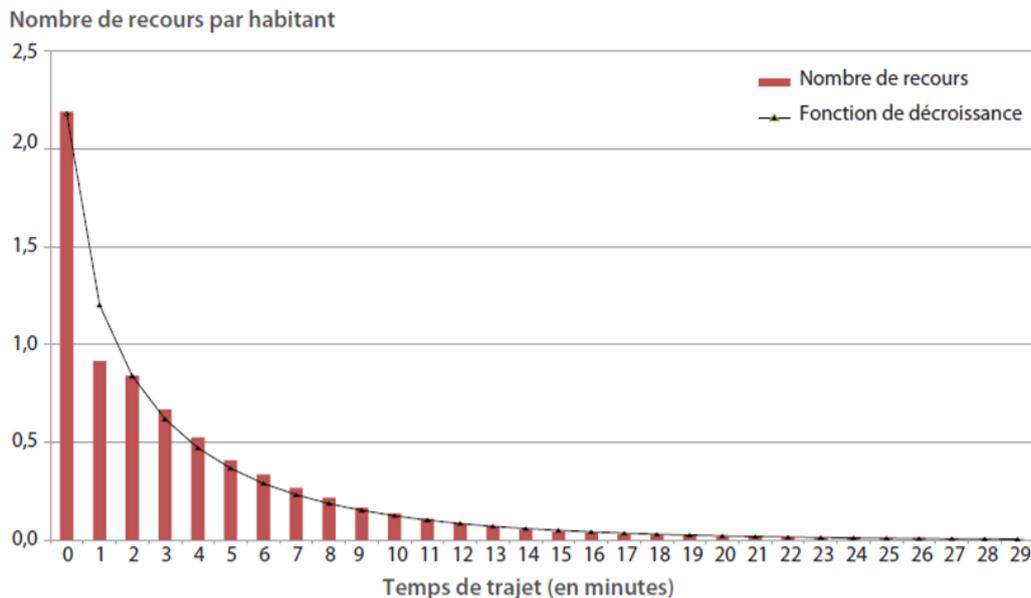
²⁹Environ 80% de la population utilise une voiture pour accéder aux soins primaires dans les pays occidentaux (Field et Briggs, 2001). En France, 70% des déplacements pour motifs de soins médicaux ou personnels étaient réalisés en voiture en 2008 selon une enquête nationale Transports et déplacements réalisée par l'INSEE et l'INRETS.

³⁰d0 comme vu avec la méthode du 2SFCA (partie 2.1.2.1.)

³¹La distance temps est calculée en faisant la moyenne arithmétique du temps de transport en heures creuses et en heures pleines.

En plus de la définition de ce seuil, un autre élément est à prendre en compte, celui de la décroissance du taux de recours aux professionnels de santé avec la distance (graphique n°3). Plus la distance augmente et plus le recours diminue. Le calcul de l'APL prend en compte cette décroissance afin de pondérer les consultations disponibles en fonction de leur accessibilité (tableau n°13).

Graphique n°3 : Fonction de décroissance du recours au médecin généraliste avec la distance



Source : SNIIRAM 2010 ; INSEE, 2008. Extrait de Barlet *et al.* (p. 27), 2012

Champ : médecins généralistes, France entière

Note de lecture : on compte en moyenne 2,2 consultations par habitant effectuées dans leur commune de résidence (temps de trajet en minutes = 0).

Tableau n°13 : Pondération de l'accessibilité au médecin généraliste en fonction du temps d'accès

	Taux médian	Poids
Temps d'accès		
< 5 min	100,0 %	1,0
Entre 5 et 10 min	30,4 %	0,3
Entre 10 et 15 min	10,8 %	0,1
Entre 15 et 20 min	4,4 %	0,0
≥ 20 min	1,2 %	0,0

Source : SNIIRAM (2010) ; extrait de Barlet *et al.* (p. 27), 2012

Les données actualisées des seuils de distance sont présentées dans le tableau n°14. Le seuil maximal a été élargi par la DREES à 20 minutes pour le calcul des APL aux médecins généralistes à partir de 2015

(encadré n°8). Cette modification des seuils de distance fait suite à une modification des habitudes des patients observée par la DREES depuis 2015, qui sont prêts à aller plus loin pour accéder à une consultation médicale.

Tableau n°14 : Décroissance de l'accessibilité avec la distance

Temps de trajet entre communes	Accessibilité
Moins de 10 minutes	1
Entre 10 à 15 minutes	2/3
Entre 15 à 20 minutes	1/3
Plus de 20 minutes	0

Source : Jeu de données APL, Drees, identifiant du jeu de données : [530_1-accessibilite-potentielle-localisee-apl](#)

Encadré n°8 : Prise en compte de la distance temps dans l'APL

La distance temps en trajet motorisé est considérée dans le calcul de l'APL comme une variable agissant sur l'accessibilité globale aux soins. En effet, le calcul de l'APL se base sur l'hypothèse que la distance à l'offre agit comme de façon croissante comme un frein sur le niveau d'accessibilité de la demande. Ainsi, il est considéré qu'au-delà de 20 minutes de trajet motorisé l'accessibilité d'un individu à un professionnel de santé est nulle.

➤ Synthèse du calcul de l'indicateur d'APL

Ainsi que les 2SFCA, l'indicateur de l'APL se décompose en deux étapes : l'identification des zones de patientèle et l'identification des zones de recours. Le détail des explications du calcul de l'APL sont données dans l'encadré n°9.

Encadré n°9 : Méthode de calcul de l'APL

Méthode de calcul :

- Etape 1 : Zone de patientèle

On commence par déterminer pour chaque commune j d'implantation de médecins, l'ensemble des communes i accessibles (situées à une distance inférieure au seuil d_0). On calcule alors un ratio R_j qui rapporte l'offre de médecins (en ETP) en j à la population pondérée (par la structure d'âge) située dans les communes i de l'aire d'attraction de la commune j .

$$R_j = \frac{m_j}{\sum_{(d_{ij} \leq d_0)} p_i * w(d_{ij})}$$

Avec : m_j le nombre de médecins dans la commune j ; p_i le nombre d'habitants standardisé des communes i situées à une distance j inférieure à d_0 ; d_{ij} la distance entre la commune i et j .

- Etape 2 : Zone de recours

Pour chaque commune i (population), on identifie les communes j accessibles sous d_0 . On fait cette fois-ci la somme de la première étape, en la pondérant par la distance. A_i est l'APL aux médecins généralistes libéraux pour la population située en i .

$$A_i = \sum_{d_{ij} \leq d_0} w(d_{ij}) R_j$$

Avec : $w(d_{ij})$ est la pondération relative à la distance.

Source : Barlet *et al.*, 2012

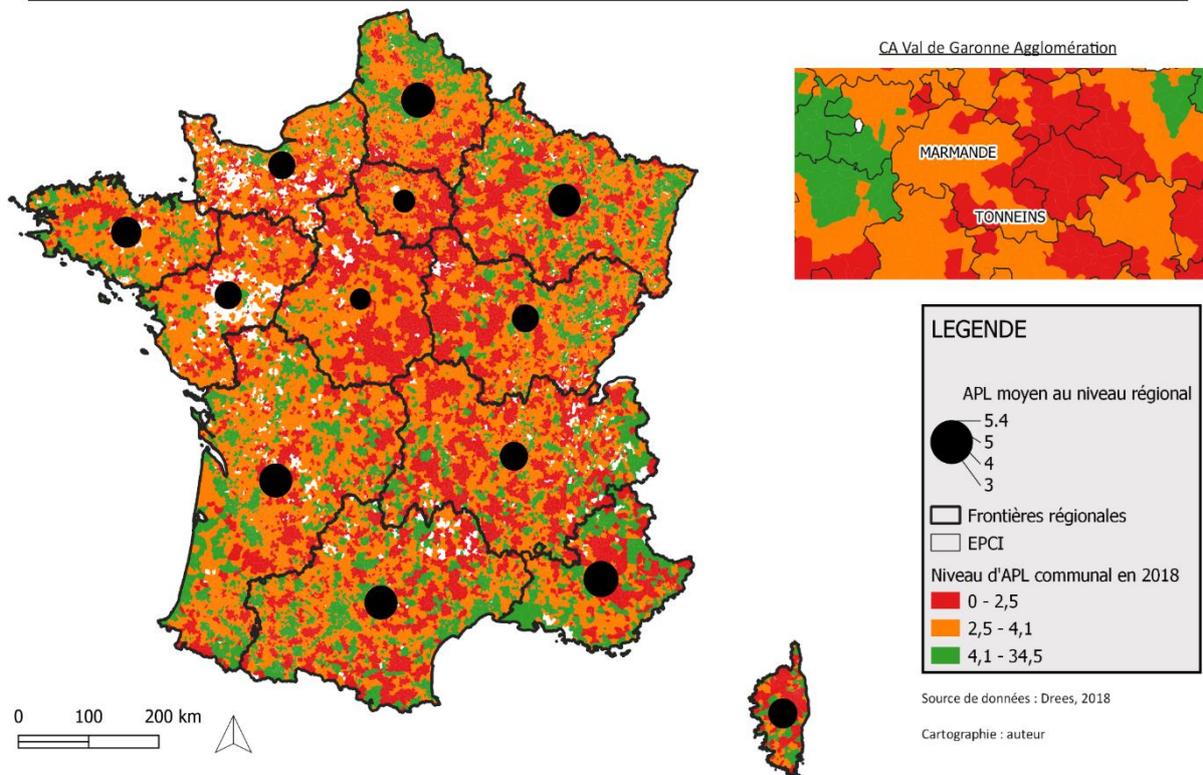
À travers cette méthode de calcul, l'APL permet donc de prendre en considération à la fois l'offre mais aussi la demande et l'interaction entre les deux, permettant une vision plus large de l'accès aux soins que ce qui était proposé dans les autres indicateurs.

2.1.3. DE L'APL AUX DESERTS MEDICAUX : UN INDICATEUR QUI REVELE DE FORTES DISPARITES TERRITORIALES

Au-delà de la compréhension du calcul de l'APL et de sa dimension multidimensionnelle, ce nouvel indicateur permet de mettre en évidence, de façon plus claire qu'avec les outils précédents, les inégalités de répartition de l'offre de soins

Selon les dernières données disponibles (2018), le niveau d'accessibilité aux soins à l'échelle des territoires (communes et régions) est inégalitaire ainsi que représenté par la cartographie ci-dessous présentée (carte n°9). Sur la carte un zoom est proposé sur la communauté d'agglomération du Val de Garonne.

Inégalités d'Accessibilité Potentielle Localisée aux niveaux communaux et régionaux (2018)



Source : DREES, 2018 - Traitement : CBD.

L'indicateur APL est ici projeté au niveau communal et régional mais il peut être calculé à d'autres niveaux institutionnels (EPCI, bassin de vie, département, région, zone d'emploi, arrondissement, unité urbaine ou encore aire urbaine).

Au niveau des échelons communaux et régionaux, plusieurs constats peuvent déjà être dressés :

- 1) Les disparités régionales sont relativement faibles.** Quelques différences régionales existent certes, mais elles restent relativement faibles. A titre d'exemple, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur dispose d'un niveau d'APL à 4.5 (valeur la plus importante de France). A contrario, la région Centre-Val-de-Loire détient le niveau d'APL le plus faible : 3,2. Si l'on se place à l'échelle régionale, l'inégalité d'accès aux médecins généralistes entre ces deux régions équivaut donc à une différence de 1.3 consultations par an et par habitant.
- 2) Les disparités communales sont en revanche plus élevées et plus marquées.** Les niveaux d'APL les plus élevés se concentrent sur certains segments du territoire, notamment autour des métropoles et des grands centres urbains et sur les littoraux. Les territoires accusant les situations les plus critiques sont principalement, mais pas exclusivement, des territoires ruraux. A l'échelle communale l'intervalle des APL est égale à 34.5 (de 0 pour le plus faible à 34.5 pour le plus élevé).

Ainsi, ces constats corroborent avec les principaux éléments de littérature en notre possession, à savoir que les inégalités de dotations interrégionales relevées en France sont parmi les plus faibles (Ono et al, 2014), mais qu'en revanche, la répartition des praticiens médicaux est très inégale à l'intérieur même des régions et des départements (Barlet et Collin, 2009).

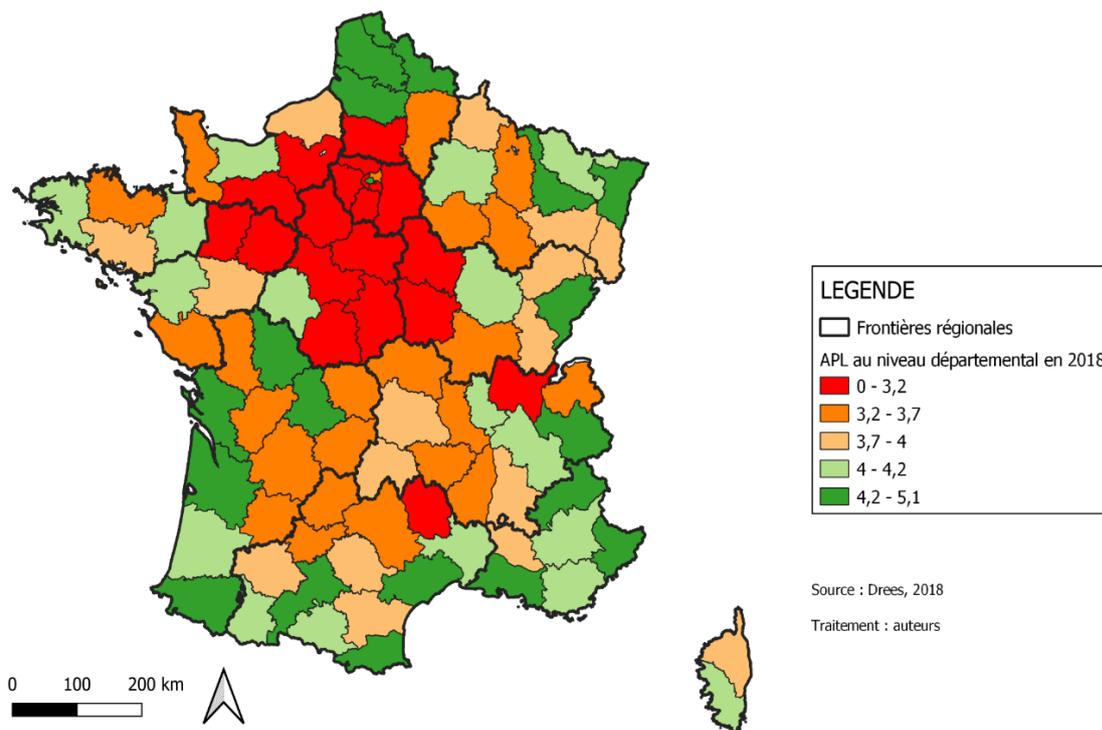
Afin de compléter la mesure de l'accès aux soins, certains travaux, notamment initiés par la DREES proposent d'enrichir l'identification des territoires confrontés à la déprise médicale. Pour cet institut statistique public, les difficultés d'accès aux soins ne peuvent se comprendre que par l'accès aux médecins généralistes. Cette analyse doit être enrichie d'autres services de santé jugés comme de "premiers recours" : les urgences et les pharmacies. Si l'accès aux médecins généralistes peut être problématique, la difficulté s'amplifie quand elle se cumule aux deux autres problématiques présentées. Ainsi, un "désert médical" est un territoire qui cumule les trois difficultés suivantes (Vergier et Chaput, 2017) :

- Une APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans inférieure à 2,5
- La première pharmacie située à plus de dix minutes de trajet motorisé
- Le premier service d'urgence situé à plus de trente minutes de trajet motorisé

Compte tenu de ces éléments, les déserts médicaux s'identifient à l'échelle communale et non aux échelles régionales et départementales. Les variations d'APL entre départements (carte 12) sont beaucoup plus grandes que celles observées au niveau régional (carte n°9) mais aucune région (carte 9) ni aucun département (carte 12) n'a un APL aux médecins généralistes inférieur à 2,5. Il semblerait également que les départements ayant une accessibilité jugée comme "suffisante" comparativement à la moyenne nationale, se localisent sur la côte atlantique et sur la côte méditerranéenne. Au contraire, les départements de la "diagonale des faibles densités" et plus largement du centre de la France semblent être marqués par une accessibilité plus faible. Ainsi, si l'échelon régional ne permet pas de distinguer une localisation particulière des difficultés d'accès aux soins, l'échelon départemental permet lui une meilleure compréhension des mécanismes d'accessibilité aux soins en France Métropolitaine.

Carte n°12 : APL aux médecins généralistes au niveau départemental en 2018

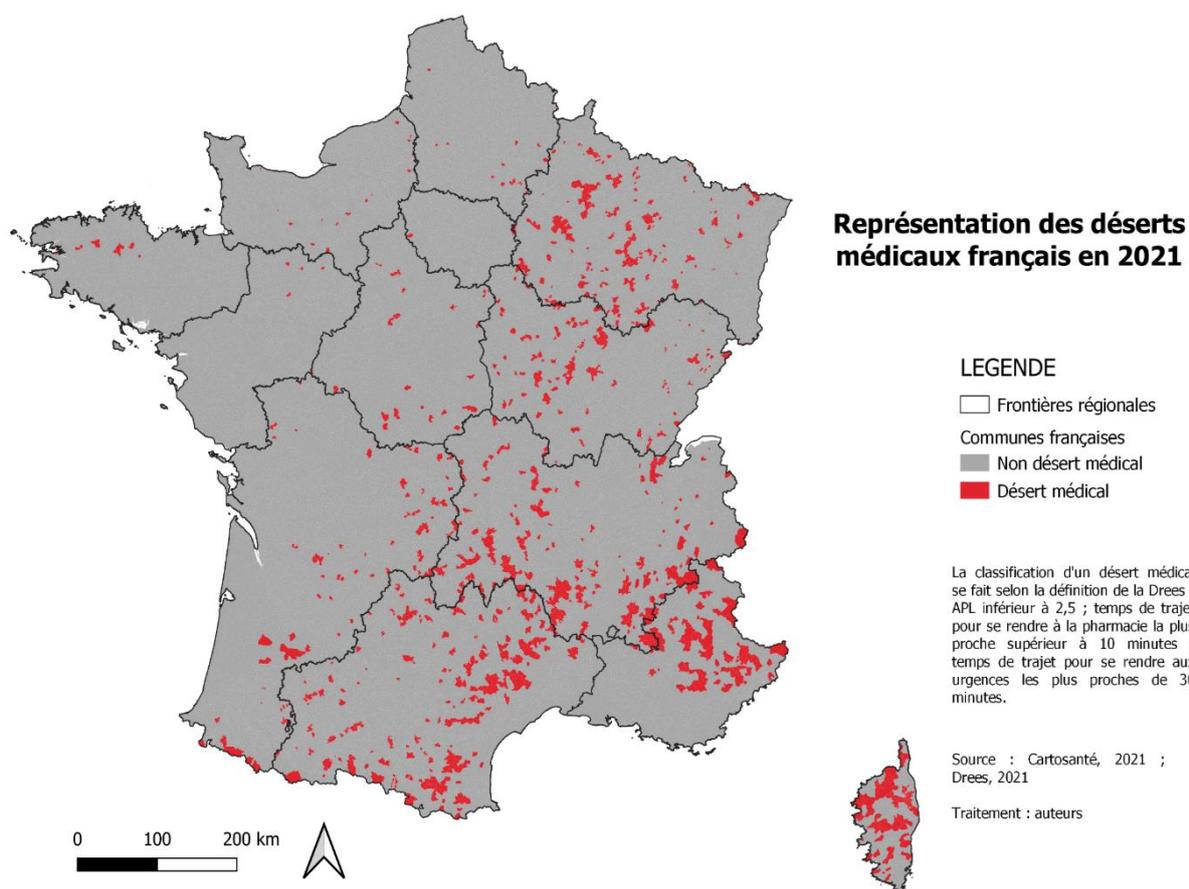
Accessibilité Potentielle Localisée au niveau départemental (2018)



Source : DREES, 2018 - Traitement : CBD.

Selon ces critères, le nombre de communes françaises considérées comme des déserts médicaux est de 1 721 (2021), celles-ci cumulent les trois difficultés présentées ci-dessus. En regardant la localisation de ces communes (carte n°13), on retrouve, de façon caricaturale, la “diagonale des faibles densités”. Cela fait apparaître un cumul des difficultés pour ces communes : en plus d’être des déserts médicaux et donc, d’avoir un accès limité aux soins de premiers recours (médecins généralistes, urgences et pharmacies), elles sont aussi des territoires de faible densité.

Carte n°13 : Déserts médicaux français au sens de la DREES en 2021



Sources : Cartosanté, 2021 ; DREES, 2021 - Traitement : CBD.

L’APL permet de repérer les inégalités en termes d’accès aux soins. Toutefois, au vu des premiers résultats de notre enquête sur l’accès aux soins menée en 2021-2022 sur le territoire du Val de Garonne Agglomération auprès de la population, cet indicateur ne semble pas en mesure de refléter le vécu de la déprise médicale.

2.1.4. L’APL A L’EPREUVE DU TERRAIN : ENQUETE EN VAL DE GARONNE

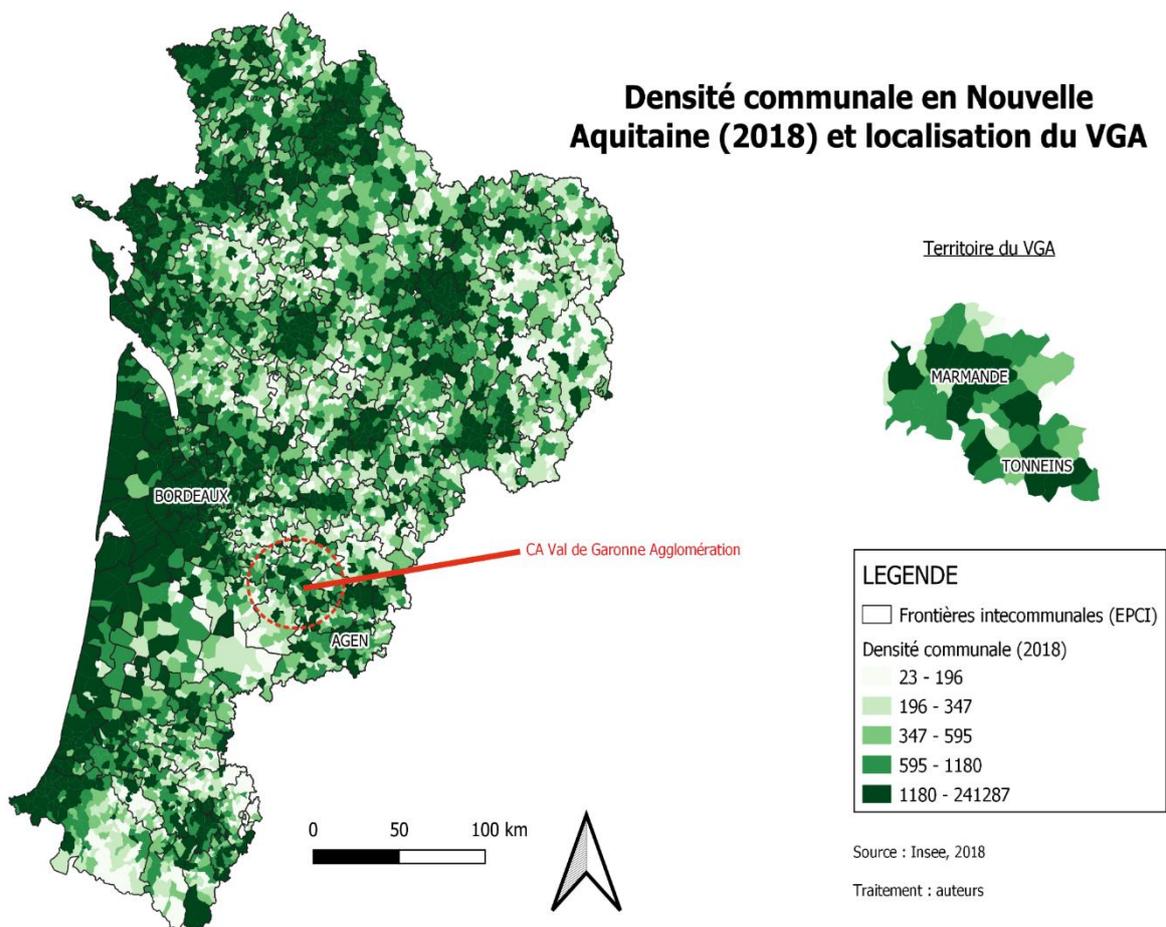
Afin de confronter l’évaluation de la situation par l’indicateur de l’APL aux ressentis des populations, nous avons choisi d’enquêter sur un territoire particulier, celui de la Communauté d’Agglomération du Val-de-Garonne (VGA). Le VGA est un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre (EPCI-FP) situé à l’est de Bordeaux et au Nord d’Agen (voir carte n°14 ci-dessous), dans le département du Lot-et-Garonne (région Nouvelle-Aquitaine). Créée en 1993, la communauté de communes du Marmandais devient en 2011 une communauté d’agglomération regroupant 43 communes

pour un total de 62 228 habitants (INSEE 2019 sur recensement 2016), soit 18.13% de la population totale du département. L'EPCI est classé dans la catégorie des communautés d'agglomération car il regroupe plus de 50 000 habitants et dispose d'une commune de plus de 15 000 habitants (Marmande). Nous présentons l'enquête dans un premier point, avant de mettre en évidence quelques résultats marquants sur le vécu des populations concernant leur accès aux soins sur le territoire.

2.1.4.1 : PRESENTATION DE L'ENQUETE "ACCES AUX SOINS EN VAL DE GARONNE"

Le choix du Val de Garonne en tant que terrain d'analyse a été retenu parce que c'est une zone où des tensions sont ressenties. Pourtant, il n'est pas qualifié de désert médical (APL inférieur à la moyenne nationale mais supérieur au seuil critique de 2,5). Il est situé en Nouvelle Aquitaine (région ciblée par notre projet et principale source de financement) à proximité de deux pôles urbains (Agen et Bordeaux, voir carte 14 ci-dessous). L'intérêt de l'EPCI du Val de Garonne Agglomération pour nos travaux et la problématique de la déprise médicale a permis la mise en place d'une collaboration entre l'université de Bordeaux (BSE, UMR CNRS 6060) et la communauté d'agglomération. La situation à proximité de Bordeaux a aussi facilité la réalisation du terrain, notamment les déplacements des équipes d'enquêteurs. Enfin, notre réseau social a simplifié l'accès à certains lieux d'enquête (notamment dans les hypermarchés du territoire).

Carte n°14 : Localisation du Val de Garonne



Source : INSEE, 2018 ; Traitement : CBD.

En 2022, l'APL moyen des 43 communes de Val de Garonne Agglomération est égal à 3,2, supérieur au seuil de 2,5. Le VGA n'est pas un désert médical au sens de la définition de la DREES (Chaput et Vergier, 2017). La situation est toutefois très disparate sur le territoire. L'APL minimale est de 1,5 pour les communes d'Agmé et de Grateloup-Saint-Gayrand, communes qui comptent parmi les plus rurales du VGA. Seules deux communes (Marmande, 3,89 et Sainte-Bazeille, 4,09) ont un APL supérieur à la moyenne métropolitaine nationale (France métropolitaine : 3,87), Sainte-Bazeille étant une commune limitrophe du centre urbain de Marmande. Sainte-Bazeille se caractérise par une offre de services et équipements relativement comparable à celle de Marmande et Tonneins (carte n°15).

Le questionnaire de l'enquête est présenté dans l'annexe 5, p. 164. Afin de cibler les différents profils de population, nous l'avons administré entre octobre 2021 et février 2022³² à l'occasion de plusieurs séjours croisant les jours de semaine et de week-end et incluant des plages horaires très larges. Trois modes de passation ont été mobilisés : en face-à face (mode de passation dominant) dans les principaux lieux de vie de Val de Garonne (stand dans les supermarchés, sur le marché de Tonneins, centres-villes, cafés et parcs), par questionnaires papiers (distribués au vaccinodrome de Marmande et par certaines mairies) et en ligne (lien diffusé par la presse locale).³³

Afin de garantir la représentativité de l'échantillon, nous avons procédé par quotas portant sur l'âge (graphique n°4), le genre (graphique n°5) et la localisation des habitants sur le territoire (graphique n°6). La structure de notre échantillon est globalement satisfaisante. Nous disposons au total de 1 329 questionnaires exploitables³⁴. Sachant que la population du Val de Garonne est de 62 228 (INSEE, 2019), notre échantillon est représentatif de la population à une marge d'erreur de 3%.

Quelques ajustements (redressement de l'échantillon) sont nécessaires afin de lisser les quelques sur/sous représentations dont témoignent les trois graphiques ci-dessous, notamment la surreprésentation des femmes (nettement plus enclines à nous répondre). En revanche, le principal défaut de notre échantillon tient dans la faible représentativité des individus non mobiles et plus généralement des plus de 75 ans. Certains de nos résultats sont donc à considérer avec prudence.

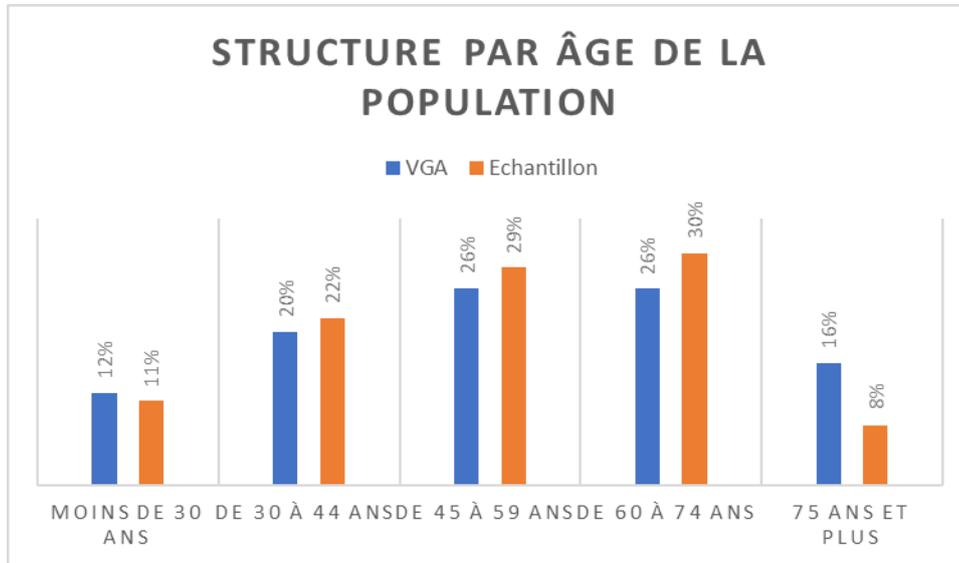
³²L'équipe d'enquêteurs se composait des principaux membres du projet de recherche, (étudiants en stage de recherche, coordinatrice, ingénieure d'études du laboratoire de recherche (BSE), auxquels ont été associés des étudiants bénévoles des Masters d'Intelligence Economique (mention Ingénierie du Développement Économique Territorial et Économie de l'Innovation et Veille Stratégique) de l'université de Bordeaux.

³³Lien vers l'article du Républicain 47 : https://actu.fr/societe/lot-et-garonne-des-etudiants-analysent-l-access-aux-soins-en-val-de-garonne-c-est-un-desert-medical_46170642.html

Lien vers l'article de Sud Ouest : <https://www.sudouest.fr/lot-et-garonne/clairac/desert-medical-en-val-de-garonne-des-chercheurs-ont-besoin-de-l-avis-des-habitants-7258828.php>

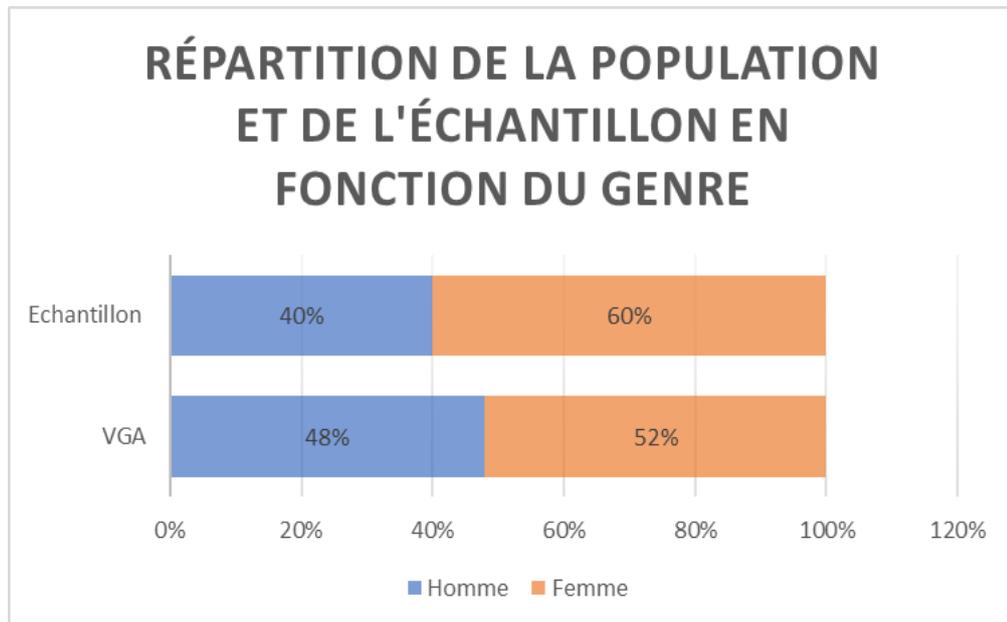
³⁴Le traitement des données est toujours en cours en Juillet 2022 car nous devons intégrer un certain nombre de questionnaires (environ 80) reçus tardivement. Le détails des résultats sera prochainement disponible sur la page web du projet : <https://www.bse.u-bordeaux.fr/recherche/projet-region-essspoir/>

Graphique n°4 : Structure par âge de la population de la population de VGA et de l'échantillon



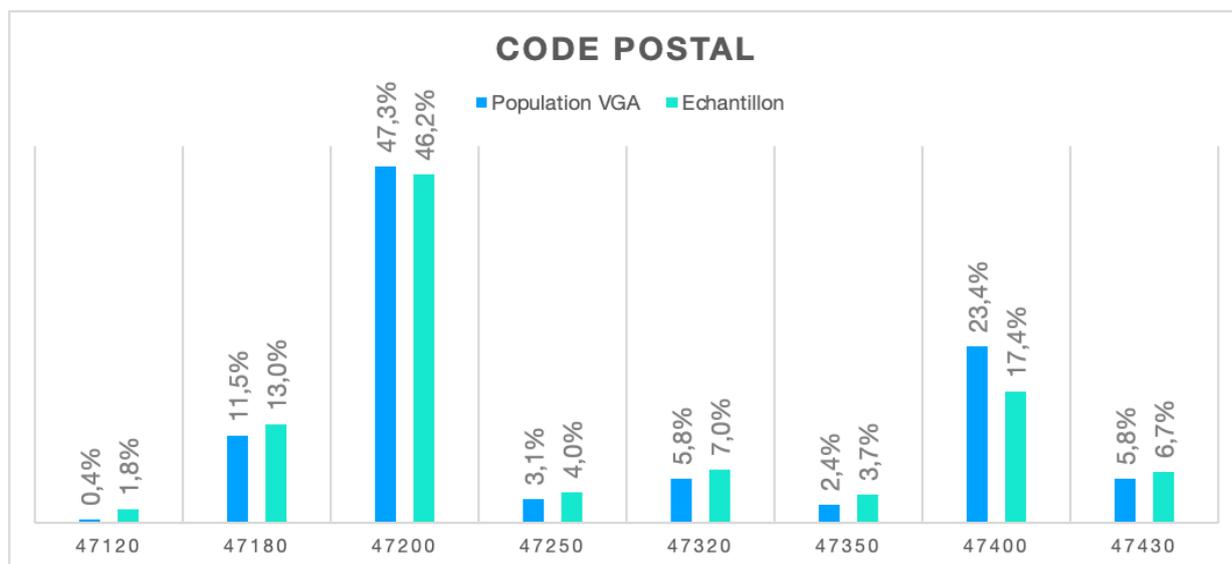
Source : Enquête « Télémédecine et accès aux soins » - Traitement : CBD

Graphique n°5 : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du genre



Source : Enquête « Télémédecine et accès aux soins » - Traitement : CBD

Graphique n°6 : Répartition de la population de l'échantillon en fonction du lieu de résidence



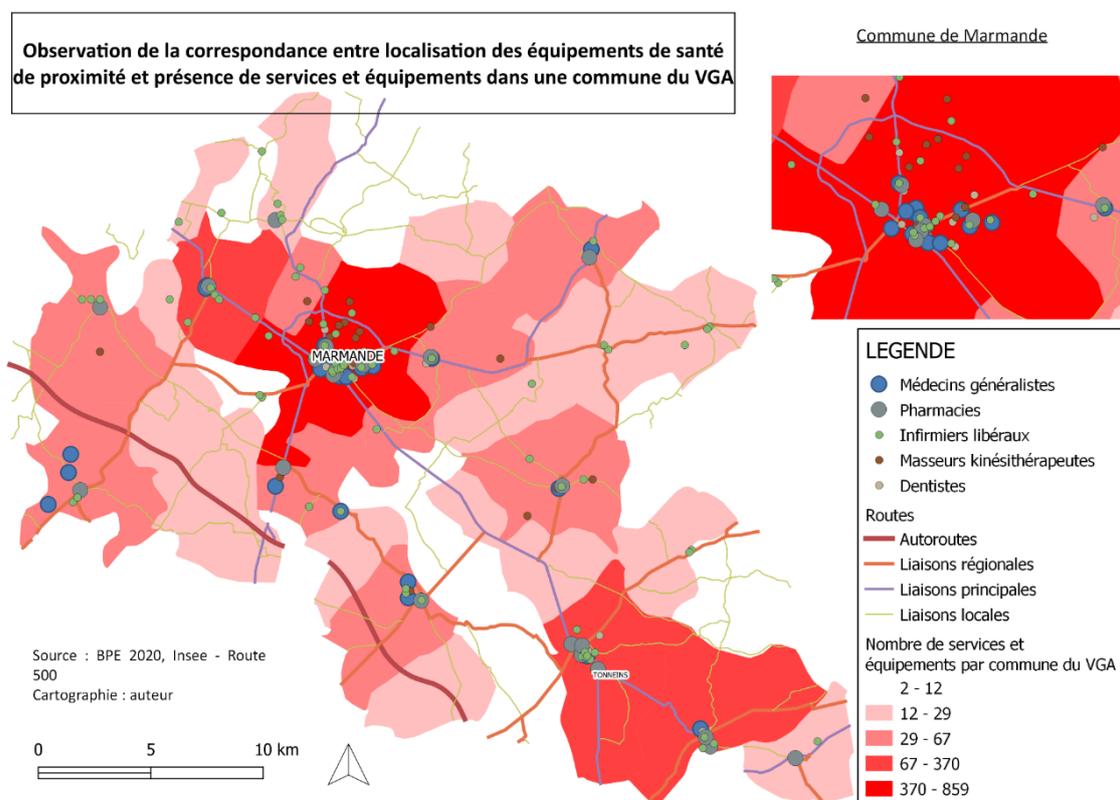
Source : Enquête « Télémédecine et accès aux soins » - Traitement : CBD

Les résultats de notre enquête révèlent des difficultés d'accès aux soins évidentes pour la population du Val-de-Garonne pour ce qui concerne les médecins généralistes et encore plus les médecins spécialistes (2.1.4.2). Parce que la téléconsultation est souvent présentée comme une solution face à la déprise médicale, nous discutons de sa pratique et de sa perception par la population du Val de Garonne dans un dernier point (2.1.4.3).

2.1.4.2. DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS PARTICULIEREMENT PROBLEMATIQUES EN VAL DE GARONNE

Le mode de transport et la distance-temps sont deux dimensions importantes de l'accessibilité aux soins qui peuvent être affectées par certaines spécificités du territoire. Le degré de ruralité, le réseau de transport et l'éloignement aux services et équipements sont autant d'éléments qui vont influencer les comportements en matière de transport. La carte n°15 présente la répartition de l'offre de soins de proximité en VGA selon l'offre de services et équipements présents sur le territoire en 2020.

Carte n°15 : Répartition de l'offre de soins de proximité dans les communes du VGA en fonction du nombre de services et équipements présents en 2020



Source : BPE INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

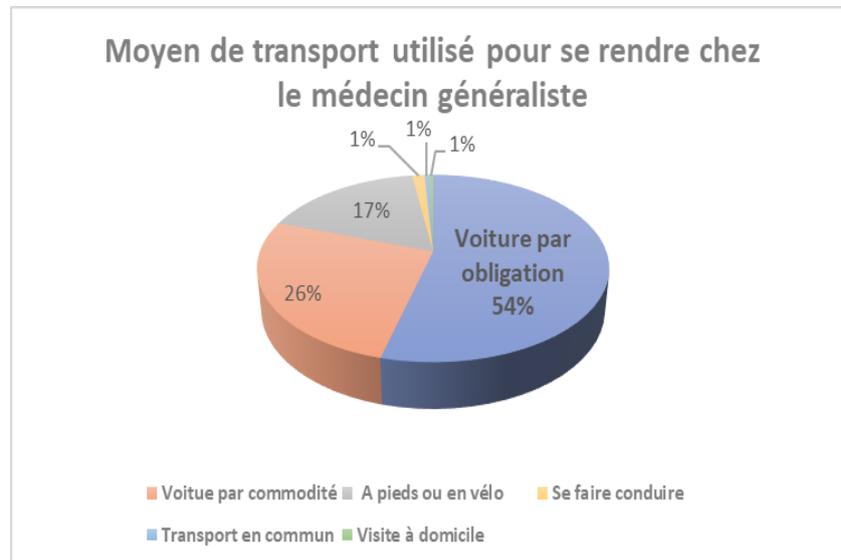
En Val de Garonne Agglomération, les services et équipements de santé de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes et dentistes) sont fortement concentrés autour des deux principaux centres urbains (Marmande et Tonneins) et autour du réseau routier. Enfin, on observe une concentration des équipements de santé entre eux, et donc l'éloignement de certaines zones des services de santé. Par exemple, les communes de Agmé (nord-est du VGA) et Caubon-Saint-Sauveur (nord-ouest du VGA), qui présentent les plus faibles niveaux d'APL de la communauté de communes, ne sont que très peu dotées en services et équipements. Elles n'ont également aucun professionnel de santé appartenant à la gamme de proximité sur leur territoire. Cette situation les éloigne des services de santé, puisque leurs habitants doivent se rendre dans les communes alentour, principalement les deux centres urbains de Marmande et Tonneins qui regroupent la plus grande partie de l'offre de soins du territoire.

Les résultats de l'enquête confirment l'usage de la voiture comme mode de transport pour se rendre chez le médecin généraliste. En effet, cela concerne 80% de la population du VGA (graphique 7). L'utilisation de la voiture n'est pas étonnante puisque 70% des déplacements pour motifs de soins étaient réalisés en voiture en 2008 selon une enquête nationale Transports et déplacements réalisée par l'INSEE et l'INRETS³⁵). Néanmoins, le fait que plus de la moitié de la population du VGA (54%) doive utiliser ce mode de transport par obligation nous semble préoccupant car cela peut constituer un frein à l'ac-

³⁵Selon une enquête nationale Transports et déplacements réalisée par l'INSEE et l'INRETS en 2008.

cès aux soins pour certaines populations (vieillissantes ou rencontrant des contraintes de mobilité notamment). La question des visites à domicile est aussi posée face à cette difficulté. Soulignons que cette pratique ne concerne qu'1% de la population enquêtée.

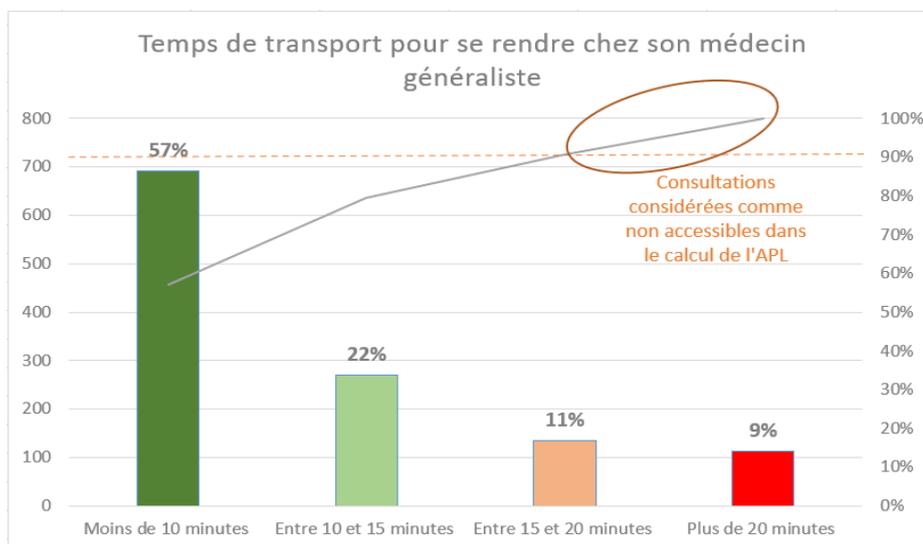
Graphique n°7 : Mode de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Tel que prise en compte dans le calcul de l'APL, la question de la distance-temps d'accès est complémentaire à celle du mode de transport. Cette variable est présentée dans le graphique 8, pour lequel nous avons retenus les mêmes catégories que celles utilisées pour le dernier calcul de l'APL (en 2018).

Graphique n°8 : Temps de transport pour accéder à son médecin traitant



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Deux résultats nous semblent ici importants à souligner :

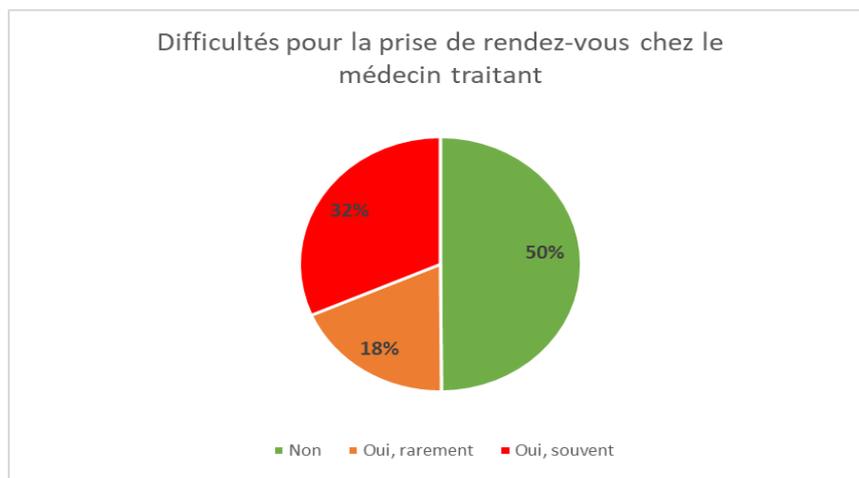
- **43% de la population enquêtée a un temps de trajet supérieur à 10 minutes pour se rendre chez son médecin traitant alors que ce n'est le cas que pour 2% de la population française (Anguis et Al., 2018).**

- **9% de la population enquêtée a un temps de trajet strictement supérieur à 20 minutes**, seuil pour lequel une consultation est considérée comme non accessible dans le calcul de l'APL depuis 2015 par la DREES. Il passerait à **20% si l'on se référait au premier seuil (15 minutes)** retenu par la DREES avant 2015 (partie 2.1.2.4., p. 64).

Ainsi, que l'on s'intéresse au mode de transport utilisé ou au temps de trajet, on observe des difficultés réelles pour la population du VGA.

D'autres difficultés viennent s'ajouter, notamment en ce qui concerne la prise de rendez-vous. La moitié des interrogés (50%) mentionnent des difficultés rencontrées pour la prise de rendez-vous avec leur médecin traitant (graphique 9).

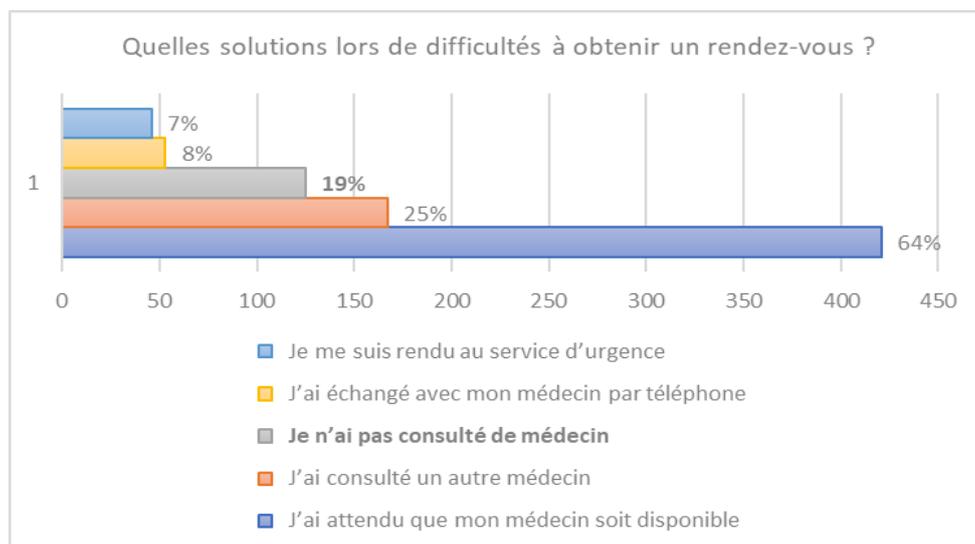
Graphique n°9 : Difficultés rencontrées dans la prise de rendez-vous chez le médecin traitant



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Le comportement adopté face à cette difficulté (graphique 10) nous semble porteur d'inquiétudes en matière de santé publique dans les zones sous-dotées puisque près d'un patient sur cinq mentionne ne pas avoir consulté de médecin.

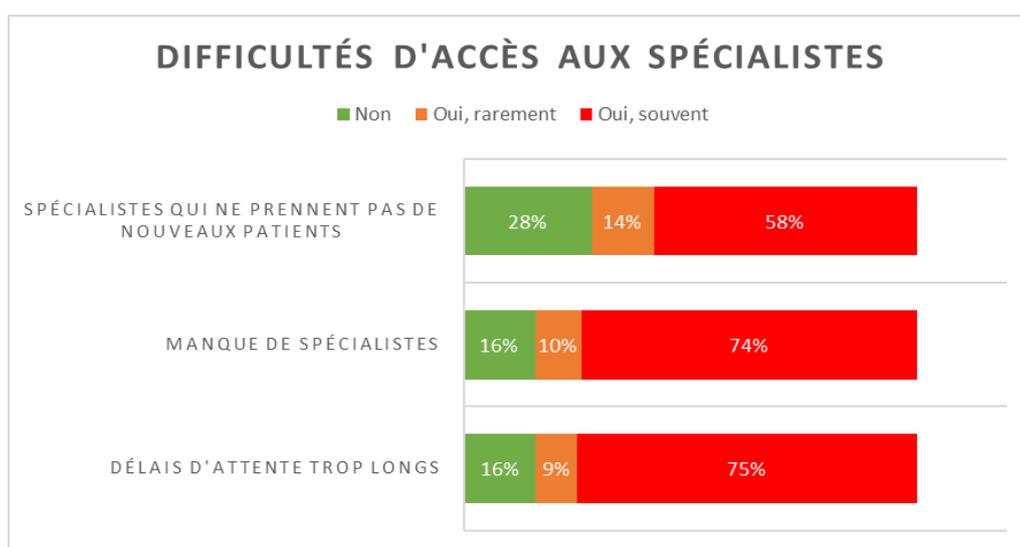
Graphique n°10 : Comportement des patients en cas de difficultés dans la prise de rendez-vous chez le médecin traitant



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

L'accès aux médecins spécialistes ne relève pas des services et équipements de santé de proximité (gamme des services supérieurs). Les trois principales difficultés d'accès aux spécialistes affichent des taux de réponse très importants (graphique 11) : le manque de spécialistes autour du lieu de résidence concerne 84% des interrogés ; les délais d'attente trop longs sont aussi signalés par 84% des enquêtés ; enfin, des difficultés liées à des spécialistes ne prenant plus de nouveaux patients sont notifiées par 72% des enquêtés.

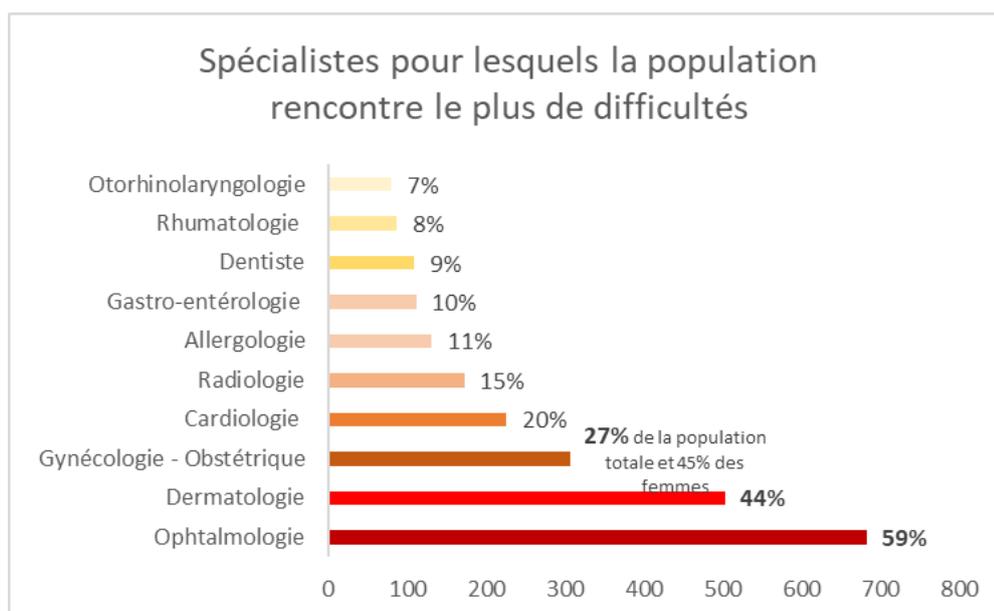
Graphique n°11 : Les difficultés d'accès aux spécialistes rencontrées par la population enquêtée



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Les spécialités manquantes les plus mentionnées par la population enquêtée font l'objet du graphique n°12. Nous reviendrons sur ce propos en point 3.2.3. (p. 132).

Graphique n°12 : Spécialistes les plus manquants sur le territoire selon la population enquêtée



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Soulignons que si 84% des enquêtés se considèrent en bonne ou en très bonne santé (attention toutefois au défaut de l'échantillon pour l'interprétation, seules les personnes mobiles ont pu être enquêtées), 7% déclarent qu'ils ne peuvent pas faire l'objet d'un suivi médical régulier alors qu'ils le souhaiteraient (54% déclarent ne pas en avoir besoin et 39% font l'objet d'un suivi régulier). Nombreux sont les répondants qui ont complété leur réponse en signalant que ce suivi (notamment en ce qui concerne le suivi spécialisé) se fait dans les deux pôles urbains les plus proches du VGA (Bordeaux et Agen). Le ressenti de la population apparaît plus préoccupant en VGA que ce qu'en laissait paraître le résultat de l'APL pour ce territoire. La situation se détériore lorsque l'on considère l'accessibilité à la médecine spécialisée dont nous rappelons qu'elle n'est pas prise en considération dans le calcul de l'APL.

Face à ces difficultés, la téléconsultation est souvent présentée comme une solution.

2.1.4.3. PRATIQUE ET PERCEPTION DE LA TELECONSULTATION

Popularisée lors du premier confinement, la téléconsultation compte parmi les principales propositions avancées pour lutter contre la déprise médicale. Nous avons questionné la perception de ce dispositif lors de notre enquête en Val de Garonne. Présentée comme une *"action qui commence à produire des résultats"* dans la lutte contre les déserts médicaux par le plan national [MaSanté 2022](#)³⁶, elle est l'un des cinq dispositifs de la télémédecine (cf encadré n°10).

Encadré n°10 : Télémédecine : définition et éléments de gouvernance

La télémédecine se définit comme *"une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication"* et *"ayant pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins et améliorer la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie"* (Haute Autorité de la Santé, 2016). Elle apparaît en France dans les années 1990 et commence à être expérimentée à partir du début des années 2000, notamment dans les établissements pénitentiaires. Elle se dote d'un cadre réglementaire avec la loi HPST de 2009.

Selon le décret n°210-1229 d'octobre 2010, la télémédecine se décline en cinq dispositifs :

- La téléconsultation (consultation à distance via une plateforme informatique prévu à cet effet entre un praticien et son patient);
- La télé-expertise (sollicitation, via les réseaux numériques, d'un avis médical par un professionnel de santé d'un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) de santé spécialisé(s) ;
- La télésurveillance : suivi médical à distance, via les outils numériques, de patients atteints de pathologies chroniques, en suivi post-opératoires à domicile ou en maintien à domicile
- La téléassistance (possibilité pour un patient de solliciter, via les outils numériques, une assistance médicale 24h/24h)
- La régulation médicale (acte médical pratiqué au téléphone avec un médecin régulateur du 15).

³⁶https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

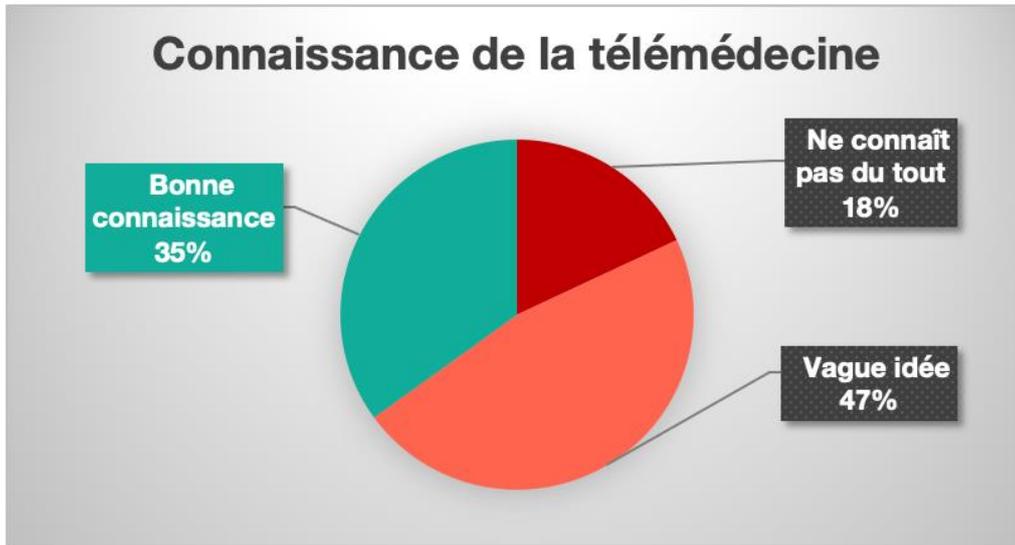
L'ensemble des acteurs de la politique sanitaire s'impliquent dans le développement de la Télémédecine, aux différents échelons territoriaux. A **l'échelle nationale**, le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de la Santé (HAS) définissent le cadre juridique et élaborent la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. Agissant sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'Agence du Numérique en Santé (ANS) est chargée du développement des activités du numérique en santé. **À l'échelle régionale**, les objectifs en termes de Télémédecine sont précisés dans le programme régional de télémédecine par les ARS qui se dotent surtout d'un Groupement D'intérêt Public (GIP) qu'elles financent et placent en tant qu'opérateur institutionnel de la stratégie régionale de e-santé. Ces GIP ont pour vocation à améliorer les parcours de santé des habitants de la région et sont chargés de veiller à l'interopérabilité des dispositifs en place. Le Conseil Régional est aussi un acteur important, du développement de stratégies en e-santé, notamment au travers des politiques de filières. **À l'échelle locale**, les collectivités locales peuvent aussi s'impliquer dans les dispositifs de télémédecine. En particulier, selon Langlois (2021), leur implication va croissante, notamment sur le volet des téléconsultations afin de compléter l'offre de soins au sein d'une structure sanitaire existante (MSP, pharmacie) ou pour pallier le déficit de médecins sur le territoire (mise en place de cabines de téléconsultation, par exemple).

Les actes de téléconsultation sont éligibles au remboursement par l'Assurance Maladie depuis 2018. Avec lui, le nombre de téléconsultations annuelles passe, en France, de quelques centaines à plus de 500 000 en 2019, selon les données de l'Assurance Maladie. Avec la pandémie et ses confinements, il bondit à 19 millions d'actes en 2020 et 13 millions en 2021. Le confinement biaise l'interprétation que nous pourrions donner à cette évolution, d'ailleurs trop récente pour être correctement analysée.

En Val-de-Garonne, la télémédecine est encore assez méconnue (graphique 13) et peu pratiquée (graphique 14). Les 2/3 de la population ne connaissent pas du tout ou n'ont qu'une vague idée de ce dont il s'agit. 13% ont déjà eu une expérience de téléconsultation, sans que l'on puisse véritablement confronter ce résultat à des données à l'échelon national. Seul le sondage Odoxa pour l'Agence du Numérique en Santé³⁷ révèle que 18% des français ont eu recours à la téléconsultation au premier semestre 2020 (attention toutefois, le sondage a été réalisé par Internet, ce qui peut introduire un biais).

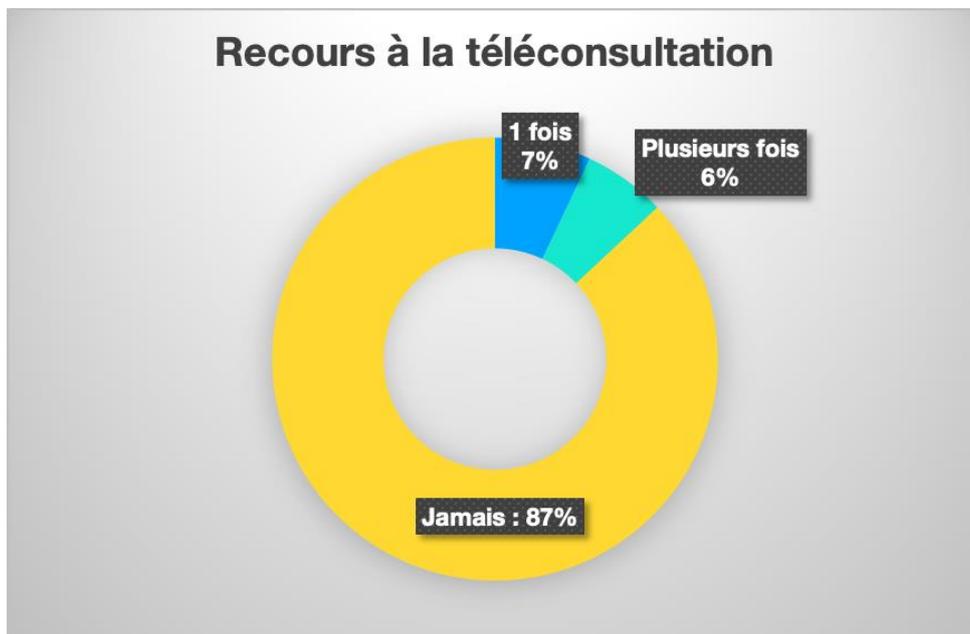
³⁷<http://www.odoxa.fr/sondage/confinement-a-genere-explosion-pratiques-de-telemedecine/>

Graphique n°13 : Connaissance de la télémédecine



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

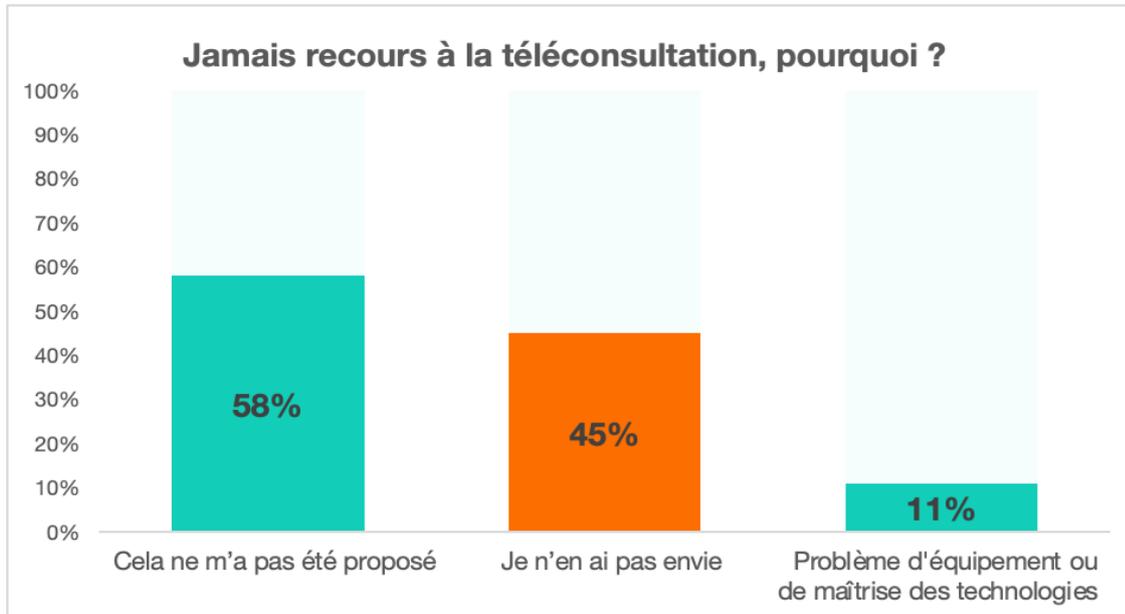
Graphique n°14 : Pratique de la téléconsultation



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

58% de ceux n'ayant jamais téléconsulté précisent que cela ne leur a pas été proposé, 45% n'ont pas envie d'y avoir recours et 11% signalent des problèmes techniques (graphique 15).

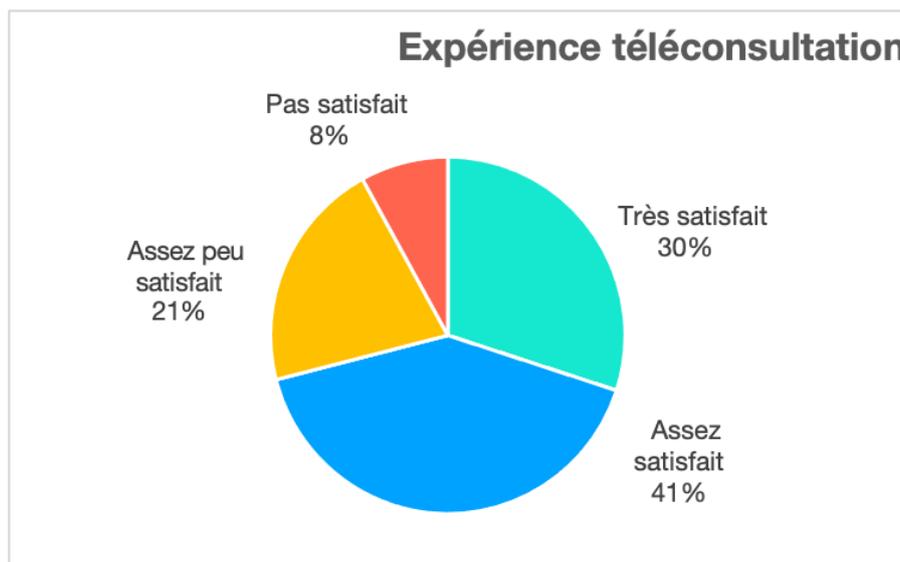
Graphique n°15 : Raisons du non recours à la téléconsultation



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

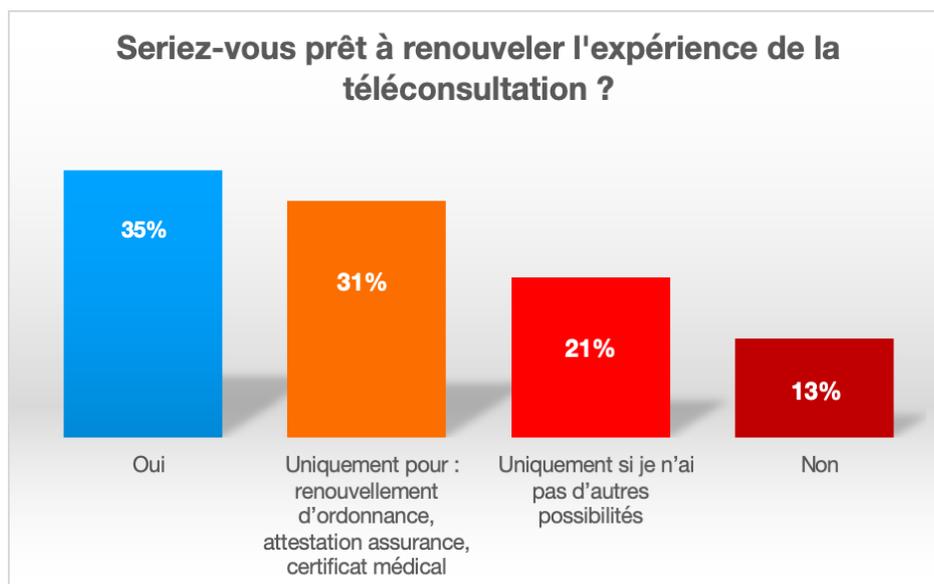
Pour ceux ayant déjà téléconsulté, l'expérience s'est majoritairement faite auprès d'un médecin connu par le patient (pour 66% des répondants) et le taux de satisfaction est de 71% (graphique 16). Il est toutefois à relativiser : seul le tiers des patients serait clairement prêt à renouveler l'expérience (graphique 17). 12,5% ne le souhaitent pas du tout, 1 tiers y consentirait mais exclusivement pour des actes très spécifiques (renouvellement d'ordonnance ou attestation d'assurance). Les 20% restants seraient d'accord, mais uniquement s'ils n'ont pas d'autres choix.

Graphique n°16 : Niveaux de satisfaction relatif à l'expérience de la téléconsultation



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

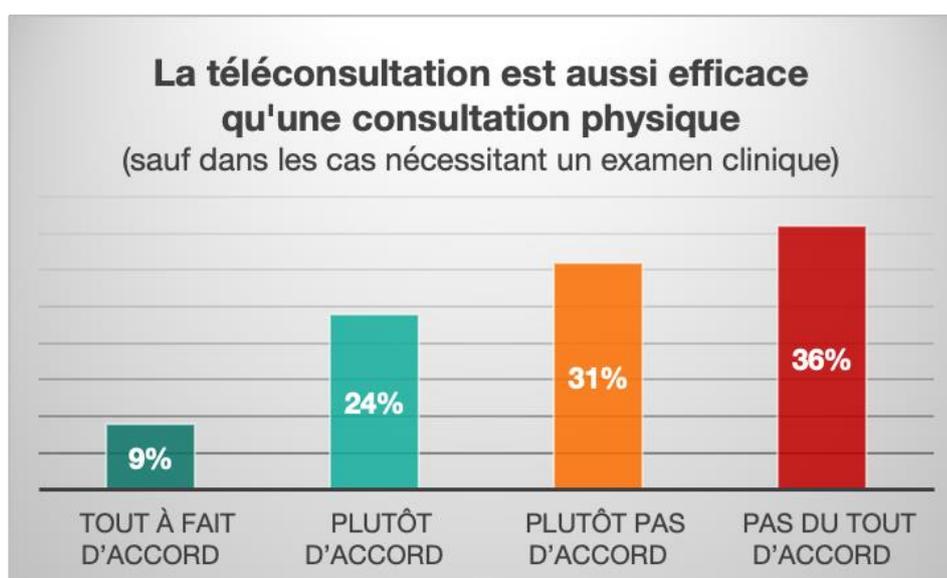
Graphique n°17 : Conditions pour renouveler l'expérience de la téléconsultation



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

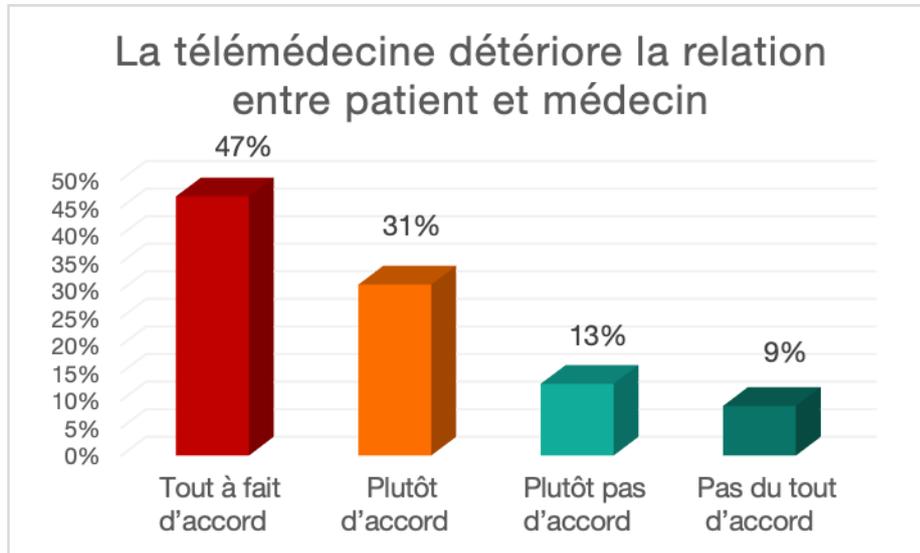
En ce qui concerne la perception de la téléconsultation (ensemble de la population enquêtée, ayant ou non déjà eu recours à cette pratique), l'enquête révèle une grande défiance vis-à-vis de celle-ci, notamment relative à l'efficacité du mode de consultation (graphique 18) à la détérioration de la relation patient-médecin (graphique 19), à la peur de la fuite des données et à celle liée au défaut d'examen physique. Près de 60% des interrogés déclarent qu'ils refuseraient de réaliser une téléconsultation avec un médecin qu'ils n'auraient jamais vu en physique au préalable.

Graphique n°18 : Perception de l'efficacité de la téléconsultation



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

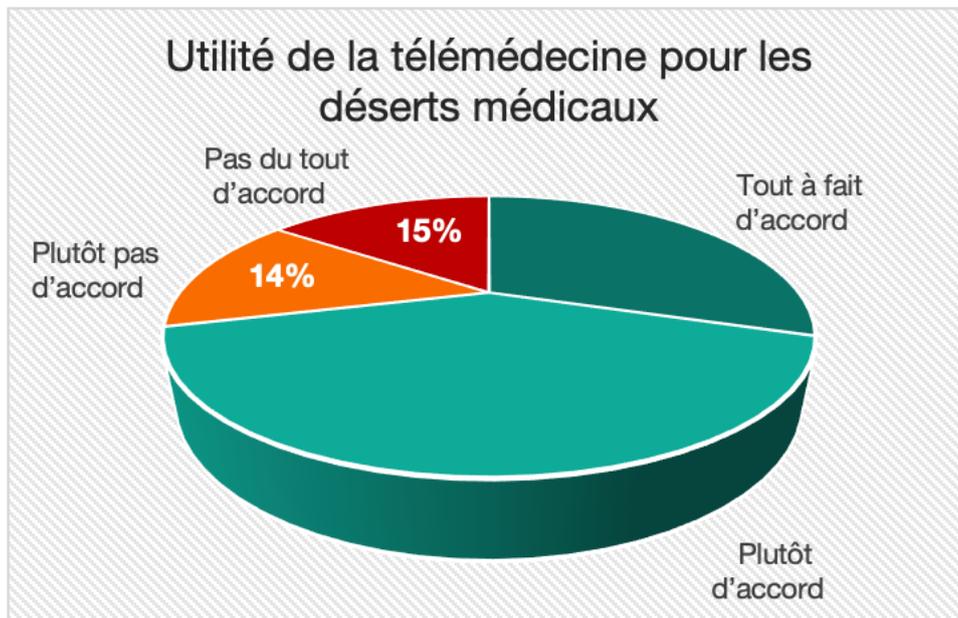
Graphique n°19 : Crainte associée à la détérioration de la relation entre patient et médecin



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

En revanche, lorsqu'on interroge les habitants du Val de Garonne sur l'utilité des téléconsultations (et plus généralement de la télémédecine) pour les déserts médicaux, 70% d'entre eux sont d'accord pour la reconnaître (graphique 20). Attention toutefois, tous les interrogés ou presque précisent qu'il ne peut s'agir que d'un choix par "défaut" et qu'une téléconsultation c'est toujours "mieux que rien". La téléconsultation est plutôt perçue comme un palliatif que comme une solution.

Graphique n°20 : utilité de la télémédecine pour les déserts médicaux



Source : enquête "Accès à la santé en Val de Garonne" - Traitement : CBD

Même si la téléconsultation est souvent présentée comme un dispositif prometteur pour lutter contre les problèmes de désert médical, elle ne peut pas se substituer à la présence des médecins sur le

territoire. Elle peut cependant être introduite en tant que dispositif complémentaire pour compléter les parcours de soins déjà présents sur le territoire.

Selon les données de l'enquête, l'accès aux soins semble très problématique en Val de Garonne, ce qui ne ressort pas nettement du calcul de l'APL. Importance des distances et des temps de transport, difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes sont autant d'éléments préoccupants pour la population. Nous discuterons de cet indicateur dans la troisième partie de notre rapport mais nous pouvons déjà, au vu des résultats de notre enquête exploratoire en Val-de-Garonne, souligner deux interrogations sur sa pertinence : permet-il une véritable identification des zones en tension et la moyenne nationale d'APL (et plus encore au seuil de 2,5) est-elle la bonne référence pour déterminer les zones sur et sous dotées ? En effet, la moyenne n'est qu'une référence relative qui ne peut, en soi, être le déterminant d'un niveau qui serait jugé satisfaisant (au regard de la demande s'exprimant sur le territoire), nous reviendrons sur ce point en partie 4.1.2, p. 145. Afin d'affiner notre compréhension sur ce point, nous allons réaliser, à l'automne 2022, une enquête similaire dans l'EPCI "Communauté d'Agglomération du Bassin d'Arcachon Nord (COBAN)", territoire considéré comme sûr-doté (au sens de l'APL qui est de 4,3) et comparable au VGA (accessibilité à Bordeaux et nombre d'habitants). Cette deuxième enquête pourrait alors être comparée aux résultats de la première pour observer comment les difficultés d'accès aux soins divergent ou, au contraire, sont semblables.

Quoiqu'il en soit, l'APL permet tout de même la mise en évidence d'inégalités en termes d'accès aux soins et c'est sur cet indicateur que vont se construire les politiques de zonage visant à réduire les inégalités d'accès aux soins, politiques que nous allons dès à présent étudier.

2.2. LES POLITIQUES DE ZONAGE ET LES INITIATIVES LOCALES : AGIR FACE AUX INEGALITES D'ACCES AUX SOINS

La nécessité d'agir de manière différenciée sur les territoires a conduit à l'élaboration de politiques de zonage, dans une logique de compensation (Loi Pasqua, 1995). Leur objectif est de corriger les disparités territoriales dans différents domaines, dont celui de l'accès aux soins. Parmi les nombreux zonages existants en matière d'aménagement du territoire, deux d'entre eux nous intéressent pour notre analyse de l'organisation spatiale de l'offre de soins.

Le premier zonage est spécifique à la question de la dotation médicale, il s'agit de celui définissant les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC). Il repose sur l'indicateur APL qui permet d'identifier les territoires sous-dotés au sein desquels des dispositifs d'incitations spécifiques sont mis en place (2.2.1).

Le deuxième zonage n'est pas spécifiquement lié à la question sanitaire mais il en est inclusif en ce qu'il concerne de manière plus large les conditions économiques et démographiques des territoires. Il s'agit de celui des zones de revitalisation rurale (ZRR). L'intérêt de regarder du côté des ZRR est lié au constat selon lequel la sous-dotation médicale s'observe principalement dans les zones rurales et les zones péri-urbaines. Il est alors intéressant de s'interroger sur le rôle de ce zonage dans la répartition de l'offre de soins (2.2.2.).

2.2.1. LES ZIP ET LES ZAC : UNE LOGIQUE DE COMPENSATION POUR LES TERRITOIRES SOUS-DOTES

L'identification de zones sous-dotées en matière d'accès aux soins permet la mise en place de dispositifs particuliers de compensation. C'est au niveau national que sont définis les critères du zonage et

que sont fixés les dispositifs d'action. Les ARS ont pour mission de les appliquer à l'échelle régionale. Ces organismes déconcentrés peuvent toutefois agir de deux manières : d'une part, en proposant la reclassification de certaines communes et d'autre part en apportant un supplément aux dispositifs d'aide initialement prévus par l'Etat. Dans cette sous-partie, nous allons successivement aborder l'identification des ZIP et des ZAC sur la base de l'APL, l'implication de ce zonage pour les territoires concernés et les impacts de cette politique de zonage sur l'offre de soins.

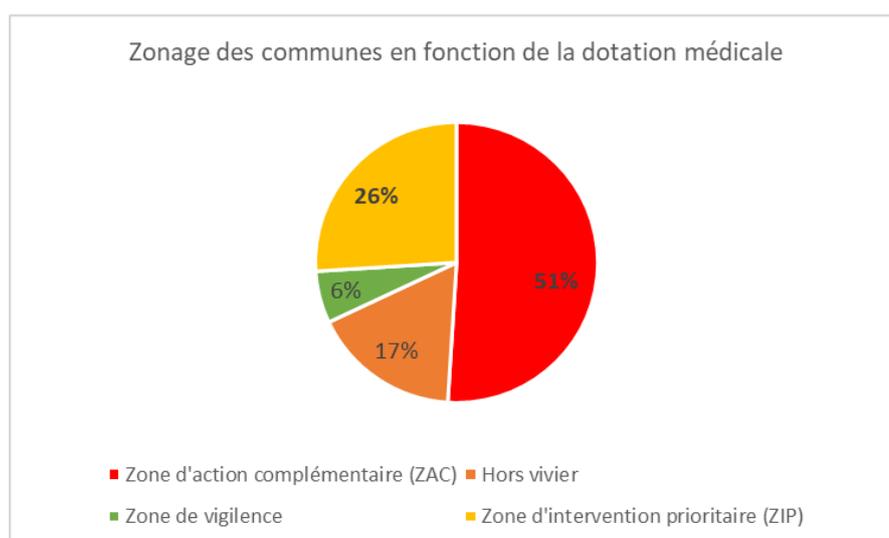
2.2.1.1. UNE IDENTIFICATION DES ZONES BASEE SUR L'APL

C'est à partir du résultat de l'APL que se base le zonage des communes selon quatre zones :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), lorsque l'APL est inférieur à 2,5 (on retrouve le seuil retenu par la définition des critères du désert médical par la DREES, cf. carte n°13, p. 70) ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC), lorsque l'APL est compris entre 2,5 et la moyenne nationale (actuellement équivalente à 4,07). Les ARS peuvent néanmoins décider d'un reclassement en ZIP ;
- les zones hors-viviers, lorsque l'APL est supérieur ou égal à 4,07 ;
- les zones de vigilance sont des zones hors-viviers que l'ARS concernée décide de placer dans une catégorie particulière en ce qu'elle considère qu'elles méritent une attention particulière.

Sur la base des données de 2020 recueillies par l'INSEE, 51% des communes françaises sont classées en ZAC, 26% en ZIP (graphique n°21). Ainsi, au niveau national, plus des 3/4 des communes sont classées selon un zonage qui leur permet de bénéficier de dispositifs favorisant l'installation de nouveaux médecins (ZIP et ZAC). 37% de la population habite dans une zone classée comme ZAC, 18% dans une ZIP, 12% dans une zone de vigilance et 33% dans une zone hors vivier. Les zones classées en ZIP et en ZAC sont le plus souvent rurales (92% selon les données agrégées des zonages santé des communes de 2020, de la typologie entre territoire urbain et rural de 2020 et de la population de 2017 ; INSEE), ce qui explique qu'elles concernent 77% des communes mais seulement 55% de la population nationale.

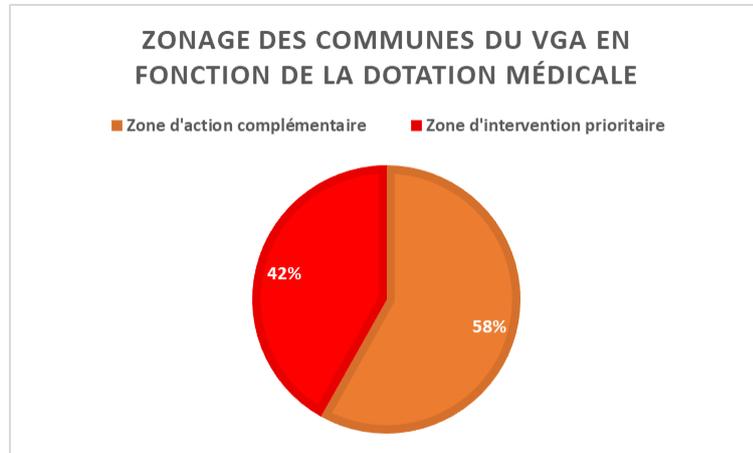
Graphique n°21 : zonage des communes en fonction de la dotation médicale (niveau national)



Source : INSEE, 2020 - Traitement : CBD

Alors que l'EPCI du Val de Garonne Agglomération n'est pas, au sens statistique, un désert médical, notons que 58% des communes le composant sont des ZAC, les communes restantes (42%) étant des ZIP (graphique n°22). Cela signifie que l'ensemble des communes du VGA sont considérées comme nécessitant la mise en place de dispositifs devant pallier un déficit d'offre de soins.

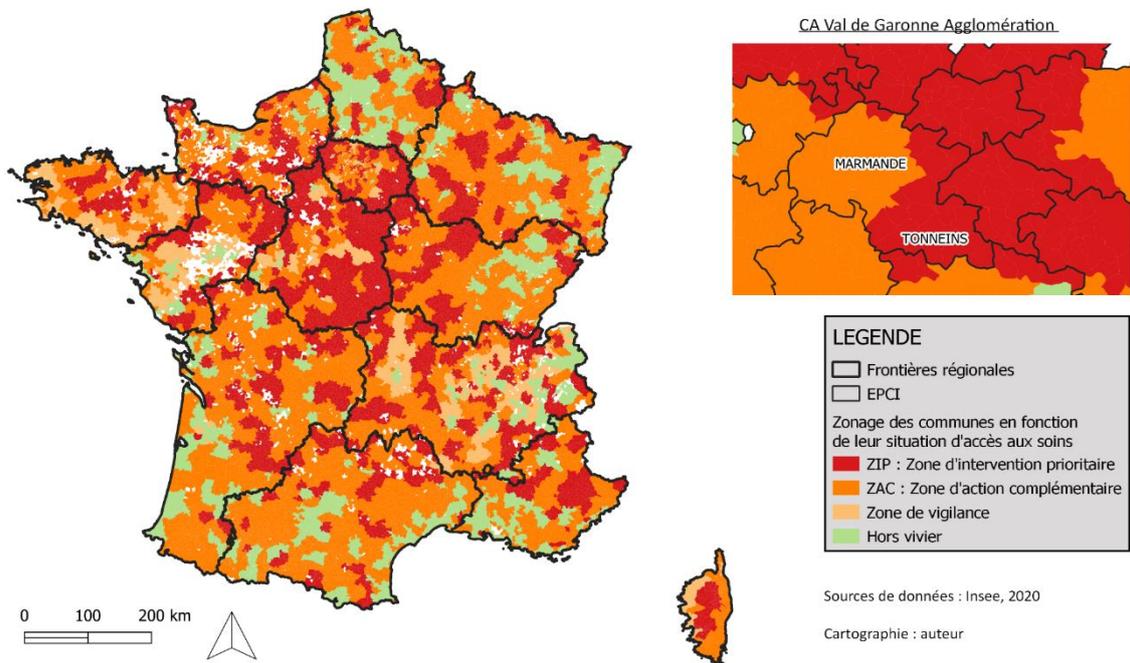
Graphique n°22 : zonage des communes en fonction de la dotation médicale (niveau VGA)



Source : Observatoire des territoires, 2021 - Traitement : CBD

La carte n°16 présente le zonage des communes françaises basé sur les données de 2018 et propose un focus sur le territoire du VGA. Une superficie importante de la France métropolitaine est classée en ZIP ou en ZAC ce qui témoigne des difficultés d'accès aux soins lorsque l'on considère le niveau territorial (ici communal) : plus des trois quarts des communes sont qualifiées en ZIP ou en ZAC. Soulignons que la proportion des communes classées en ZIP est supérieure pour le VGA qu'au niveau national (42% pour 26%). La part des communes classées en ZAC est quant à elle légèrement supérieure (58% contre 51%).

Géographie du zonage conventionnel des communes françaises (2018)



Source : INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

Une fois établie, la géographie du zonage conventionnel des communes françaises sert de support à l'application d'un ensemble de dispositifs ayant pour vocation à attirer les médecins. Dispositifs que nous proposons désormais d'explicitier.

2.2.1.2. LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS MIS EN PLACE DANS LES ZIP ET LES ZAC POUR ATTIRER DES MEDECINS GENERALISTES

Les aides mises en place dans les ZIP et les ZAC ont pour objectif d'attirer les médecins généralistes dans les zones sous-dotées ou en situation de fragilité (tableau n°15). Celles-ci sont financées par l'assurance maladie et donc à un niveau national. Elles peuvent cependant être complétées par les ARS régionales, l'instar de l'ARS des Hauts de France³⁸ qui établit un zonage supplémentaire appelé Zonage d'Accompagnement Régional (ZAR). Cet élargissement des critères nationaux et des dispositifs d'aide est sous la totale responsabilité de l'ARS concernée et c'est elle qui en assume les coûts.

³⁸<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/acces-aux-soins-lars-fera-evoluer-au-010120-le-zonage-medecins-generalistes>

Tableau n°15 : Les principaux dispositifs d'aide en ZIP et en ZAC

Dispositif	Principe	Zones concernées
Aide conventionnelle	50 000€ pour financer les frais d'installation 5000 euros/an pour les médecins impliqués dans les démarches de prise en charge coordonnées et accueillant des médecins en formations (internes)	ZIP et ZAC
Contrat de praticien territorial	Revenu minimum les deux premières années d'exercice (6900 euros bruts par mois) Compensation mensuelle de rémunération en cas de congé : maternité (3 105€ bruts), paternité (1 138 € bruts) et paternité (1 552,5€ bruts)	ZIP et ZAC
Contrat de praticien territorial médical de remplacement	Compensation de pertes de revenus liées au périodes de vacance entre deux contrats de remplacement (2 300€ à 4 600€/an)	ZIP et ZAC
Contrat de solidarité territorial des médecins	Bonification de 25% des honoraires des médecins installés hors zones "sous dotées" pour actes réalisés en ZIP (jusqu'à 50 000€ par an) et prise en charge des frais de déplacement	ZIP
Contrat de transition pour les médecins	Bonification 10% des honoraires (jusqu'à 20 000€ par an) pour les médecins âgés de 60 ans ou plus installés ZIP et préparant leur cessation d'activité en accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.	ZIP

Source : Avenant à la convention médicale n°20 de 2016 ; extrait de ARS Hauts-de-France.

A ces aides s'ajoutent des dispositifs à destination des étudiants en médecine, afin de les attirer dans les zones de désertification médicale. Ces derniers nourrissent l'espoir de pouvoir augmenter le nombre de professionnels de santé en exercice sur le territoire, en attirant des étudiants qui vont décider de s'y installer à l'issue de leurs études. Les deux dispositifs en place sont l'attribution d'une bourse à destination des étudiants en médecine (contrat d'engagement de service public, CESP) et la possibilité de défrayer les trajets (130 euros par mois) et logements des stagiaires (200 euros par mois) dans des zones identifiées comme sous-dotées. Ces deux mesures nationales s'adressent à la fois aux ZIP et aux ZAC et peuvent se cumuler. Le CESP a été créé par la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) du 21 juillet 2009 et prévoit une allocation mensuelle de 1 200 euros pour les étudiants en médecine à partir de leur deuxième année d'études médicales. Depuis 2013, les étudiants en odontologie peuvent également percevoir cette allocation. Les candidats à cette bourse doivent en échange choisir une spécialité moins représentée ou s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée pendant une durée minimale égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette aide.

En dehors du zonage ZIP et ZAC qui cible spécifiquement l'offre de soins, nombreux sont les zonages mis en place pour soutenir l'activité dans des territoires fragiles, urbains ou ruraux. Parmi eux, les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR, loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du

Territoire, LOADT de 1995) semblent particulièrement intéressantes à considérer dans le cadre de notre étude.

2.2.2. LES ZRR : DISPOSITIF ET IMPACT POUR FAVORISER L’OFFRE DE SOINS EN TERRITOIRE RURAL

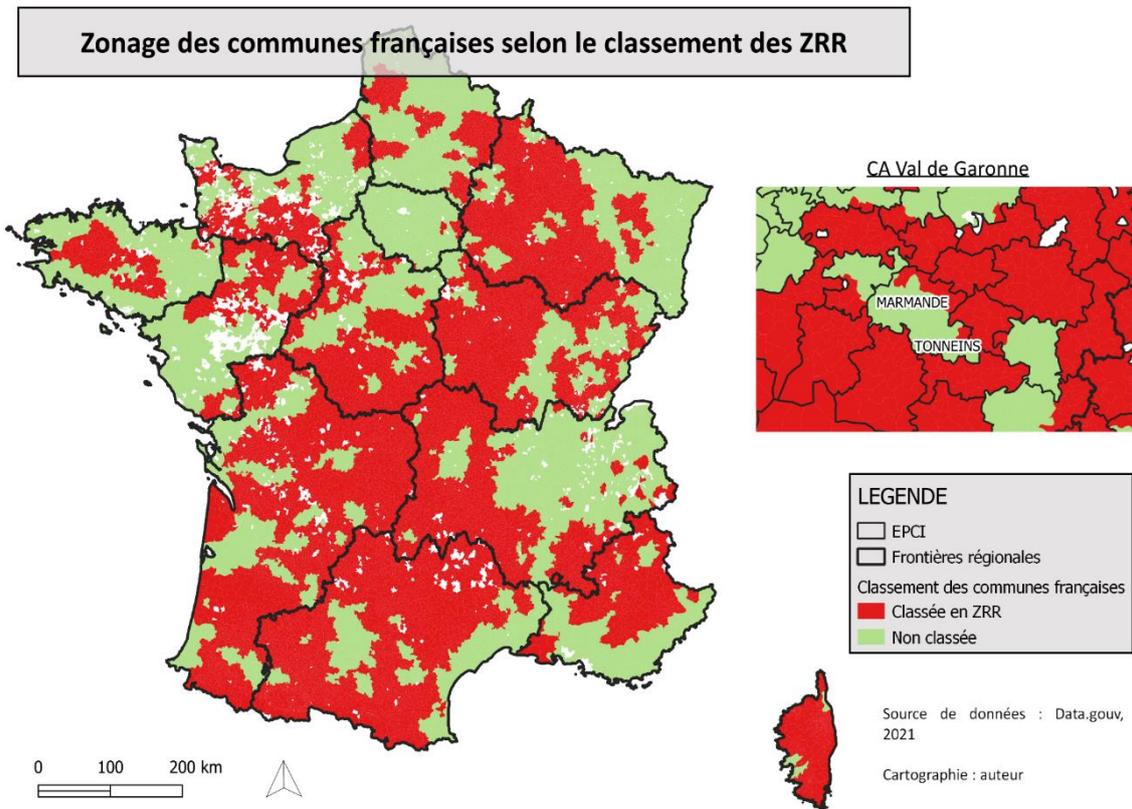
Basé sur un ensemble d’indicateurs socio-économiques, le zonage en ZRR s’inscrit dans la même logique de compensation et de réparation des disparités territoriales que les zonages en ZIP et en ZAC. Complémentaire, le classement en ZRR est présenté dans un premier temps (2.2.2.1.). Dans un deuxième point, nous exposons les dispositifs que ce zonage permet pour agir sur l’offre de soins (2.2.2.2.).

2.2.2.1. LE CLASSEMENT EN ZRR : COMPLEMENTAIRE AUX ZONAGES DE L’ACTION SANITAIRE

Les ZRR regroupent des territoires ruraux qui cumulent un ensemble de difficultés économiques et sociales, une faible densité démographique, un déclin de la population totale (ou active) et une forte proportion d’emplois agricoles. Depuis 2017, les critères de classement se définissent au niveau de l’échelle intercommunale³⁹ et sont au nombre de deux : une densité de population inférieure ou égale à la médiane nationale des densités par EPCI (63 habitants au km²) et un revenu fiscal par unité de consommation médian inférieur ou égal à la médiane nationale des revenus fiscaux médians (19 111 euros). La loi des finances pour 2018 définit une nouvelle condition de classement en ZRR, relative à la baisse de population au niveau de l’EPCI depuis 40 ans. Enfin, les communes précédemment classées en ZRR mais qui ne sont théoriquement plus éligibles continuent à bénéficier des effets du classement durant la période de validité du classement suivant (loi de modernisation de développement et de protection des territoires de montagne du 28 décembre 2016 et loi de finances pour 2018). A titre d’exemple, les communes qui ne sont plus éligibles au classement lors des arrêtés du 16 mars 2017 et du 22 février 2018, mais qui l’étaient avant ces deux dates, continuent à bénéficier des avantages du classement jusqu’à la fin de validité de celui-ci (31 décembre 2022). Le graphique n°23 présente le classement en ZRR des communes françaises en 2021. Près de la moitié des communes françaises sont des ZRR : 39% au titre des critères socio-économiques définis par la loi et rappelés ci-dessus et environ 10% qui ne sont plus des ZRR mais qui continuent à bénéficier des dispositifs prévus par la loi, soit parce qu’elles étaient précédemment classées en ZRR soit en raison de leur situation démographique (nouveau critère établi par la loi de finance pour 2018). La carte n°17 montre que le classement en ZRR concerne une surface importante de la France métropolitaine, principalement prégnante autour de ce qu’il est commun d’appeler la “diagonale du vide”, ce constat est cohérent avec les éléments déjà exprimés sur ce classement.

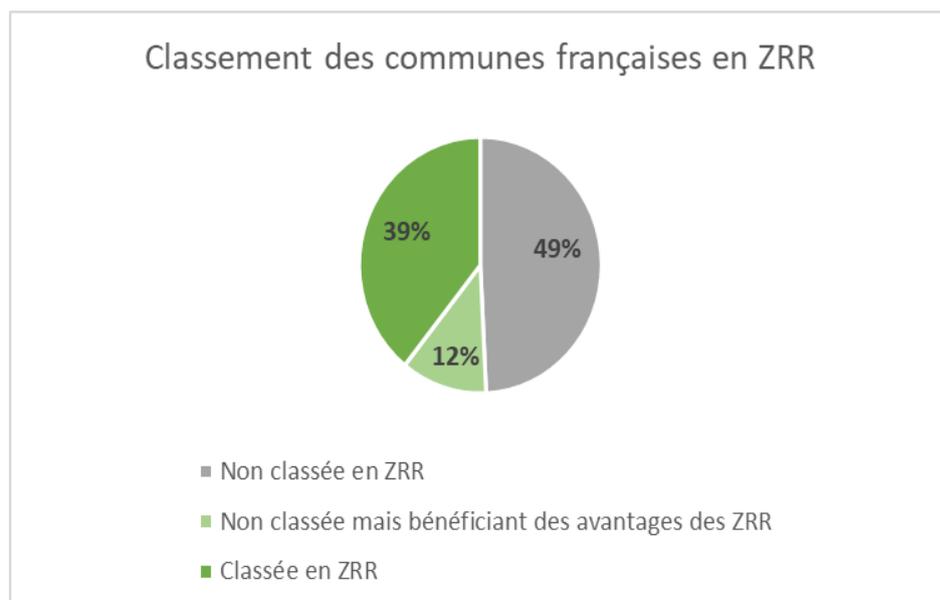
³⁹Il est à noter que certaines communes peuvent être classées de manière isolée parce qu’elles étaient anciennement classées, c’est-à-dire avant qu’elles ne soient incluses dans un EPCI. Dans ce cas-là, elles peuvent garder leur classement sans que les autres communes de l’EPCI ne le soient pour autant.

Carte n°17 : Illustration du classement en ZRR pour les communes françaises



Source : Data.gouv, 2021 - Traitement : CBD.

Graphique n°23 : classement des communes en ZRR au niveau national



Source: Data.gouv, 2021 - Traitement : CBD

2.2.2.2. LES DISPOSITIFS POUR L'OFFRE DE SOINS MIS EN PLACE DANS LES ZRR

Les dispositifs déployés dans les ZRR prennent principalement la forme d'exonérations fiscales⁴⁰. Elles s'adressent aux entreprises de moins de 50 salariés (condition d'éligibilité portant sur l'effectif) et elles se déclenchent uniquement à l'embauche d'un ou de plusieurs nouveaux salariés. Ces exonérations prennent plusieurs formes qui peuvent se cumuler :

- Exonération d'impôt : sur le revenu ou sur les sociétés, selon le choix du régime d'imposition de l'entreprise ;
- Exonération de contribution foncière et de contribution sur la valeur ajoutée des entreprises ;
- Exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties et de taxe d'habitation ;
- Exonération de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales.

L'éligibilité à ces exonérations dépendant aussi du secteur d'activité de l'entreprise. Sont concernées les activités artisanales, commerciales, agricoles et libérales, ainsi que les groupements d'employeurs ayant au moins un établissement dans la zone.

Bien que non spécifique à la dotation médicale, le classement en ZRR agit sur l'offre de soins car les professions médicales sont éligibles aux différentes exonérations fiscales proposées. La décision d'étendre l'éligibilité de ces aides aux entreprises aux médecins provient du fait que les ZRR sont des communes rurales. Si elles rencontrent des difficultés pour attirer des activités, elles rencontrent, pour les mêmes raisons, des difficultés pour attirer des professionnels de santé et donc garantir l'accès aux soins pour leur population. Il est ainsi apparu pertinent que les aides proposées pour inciter au développement des activités économiques des entreprises s'appliquent pour l'incitation à la localisation de cabinets pour des professions médicales libérales. Les collectivités territoriales ont la possibilité de verser des aides destinées à favoriser l'installation (ou le maintien) des professionnels de santé. La classification en ZRR permet également l'assouplissement des règles d'ouverture d'officines (la création de pharmacies n'est autorisée que de manière exceptionnelle et ne peut concerner qu'une commune en zone franche urbaine, un quartier prioritaire de la ville ou une ZRR (cf. tableau n°6, partie 1.3., p. 47)) et l'affectation prioritaire pour les internes en médecine et les étudiants en dentaire. Lorsqu'une commune bénéficie du classement ZRR, elle est considérée comme un lieu de stage à privilégier pour les étudiants en médecine et en odontologie.

Ainsi que souligné par Chevillard et Dumontet (2020), chaque loi promulguée depuis le début des années 2000 en matière de politique sanitaire exprime la volonté de lutter contre la déprise médicale et pourtant le problème perdure et se renforce. Les principales mesures adoptées portent sur des incitations financières visant l'aide à l'installation des médecins (voir tableau 7, partie 2.1.1., p. 54), pouvant faire l'objet d'évaluations plutôt négatives, à l'exemple de l'avenant n°20 à la convention médicale portant les majorations d'honoraires, que la Cour des Comptes qualifiait en 2014 de dispositif "coûteux" et "peu efficace" (Rapport sur les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions libérales de santé, Chapitre IV, 2014). C'est peut-être la raison pour laquelle les dispositifs ont évolué pour donner plus de place aux initiatives locales afin d'adapter les mesures en fonction des spécificités territoriales (Chevillard et Dumontet, 2020).

⁴⁰A noter que les communes classées en ZRR reçoivent aussi des bonifications de dotations en étant éligible à la dotation de solidarité rurale (coefficient multiplicateur de 1,3). Elle concerne les communes de moins de 10 000 habitants et certains chefs-lieux d'arrondissement de moins de 20 000 habitants. Cette dotation permet de tenir compte de l'insuffisance de leurs ressources fiscales nécessaires au maintien de la vie sociale en milieu rural et de l'insuffisance de leurs ressources fiscales.

2.2.3. LES CENTRES DE SANTE (CDS) ET LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP) : DEUX DISPOSITIFS D'INITIATIVE LOCALE

Nous nous intéressons ici aux deux principaux dispositifs d'initiatives locales, les Centres de Santé (CdS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

Les centres de santé (CdS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures qui favorisent la présence de plusieurs professionnels de santé travaillant ensemble au sein d'une même infrastructure. Bien que ces deux dispositifs soient différents, tous deux visent le même objectif : répondre aux attentes des jeunes médecins afin de rendre l'exercice en zone sous-dotée plus attractif tout en proposant une organisation adaptée aux besoins des populations pour améliorer la qualité des prises en charge.

Un **centre de santé** (CdS, article L-6323-1 du code de la santé publique) est une structure de santé de proximité où sont dispensés ce que l'on appelle les soins primaires : consultations de médecine générale, soins infirmiers, chirurgie dentaire, voire certains soins dits secondaires (actes de prévention, de sensibilisation et d'éducation à la santé par exemple). Les professionnels de santé sont salariés de la structure et exercent sous la forme d'un groupement de professionnels de la santé. Un CdS a la possibilité d'accueillir des étudiants dans le cadre de leurs stages de médecine et peut constituer un centre de recherche universitaire.

Une **maison de santé pluriprofessionnelle** (MSP, article L-6323 du code de la santé publique) est une structure regroupant en son sein des professionnels de santé libéraux, professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Une MSP regroupe au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical. Elle propose un ensemble de soins ambulatoires (sans hébergement) de proximité. Une MSP peut signer une convention universitaire, devenant ainsi un établissement public à caractère scientifique comportant une unité de recherche et de formation.

Les projets de CdS et de MSP sont des co-constructions à l'initiative des professionnels de santé et des collectivités locales (Mouiller et Schillinger, 2021). Le projet de santé (CdS ou MSP) explicite les éléments d'ingénierie de projet⁴¹ : zone d'influence de la structure, état de santé des habitants, état des lieux et évolution des structures et des dispositifs locaux de santé, recensement des professionnels de santé adhérant au projet, exposé des missions et activités prévues, outils de coordination envisagés, faisabilité opérationnelle et financière du projet, appui des politiques et acteurs locaux au projet. Après validation par l'ARS et l'Assurance Médicale, la structure est labellisée en tant que société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), statut nécessaire à la réception des subventions publiques.

MSP et CdS sont des projets très coûteux (construction et/ou mise à disposition des locaux pour l'accueil de la patientèle, paiement des salaires des professionnels de santé, achat du matériel, frais de fonctionnement, etc). Parmi la multiplicité des sources de cofinancement et en suivant Cassou *et al.* (2021), nous présentons celles qui sont le plus fréquemment mobilisées selon le poste de financement dont elles relèvent.

⁴¹Pour élaborer le dossier, les porteurs de projets peuvent s'appuyer sur un ensemble d'associations, de cabinets privés ou sur les ORS (observatoires régionaux de la santé) dont le rôle est d'apporter une ingénierie de projet : la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) joue un rôle d'accompagnateur sur le volet des ressources humaines et de la relation salariale, la Fabrique des Centres de Santé (FCS, créée par la FNCS et différentes URPS) et la Fédération Française des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (FFMSP) accompagnent la réalisation d'études de faisabilité et de maîtrise d'ouvrage, en interaction avec les futurs usagers.

- Le financement du foncier et immobilier relève d'une démarche de co-financement relevant : de l'Union Européenne⁴² (à hauteur de 50 à 80% selon les taux de cofinancement des programmes), de l'Etat⁴³ (à hauteur de 12,5% à 25%) et des collectivités locales qui apportent la contrepartie restant à charge (autofinancement).
- Dans le cadre de leurs PRS, les ARS accordent chaque année aux projets de CdS et MSP retenus une aide de "démarrage" pour compenser les charges de fonctionnement en début d'activité et permettre l'acquisition de matériel nécessaire à la coordination des professionnels de santé. Cette aide relève du Fonds d'Intervention Régional⁴⁴ (le FIR) dont dispose chaque ARS pour financer librement certains projets d'initiatives locales en lien avec les objectifs fixés par le PRS.
- Spécifique aux MSP, le financement dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). En vigueur depuis 2017, il s'agit d'un accord signé entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et un ensemble de syndicats de professionnels de santé visant à financer l'exercice coordonné des équipes en soins primaires. Cette convention, passée entre la MSP, l'ARS et l'Assurance Maladie, supprime l'appel au FIR dans le cas des MSP. Basé sur une logique de "rémunération à la mission", l'ACI définit trois objectifs (accès aux soins, travail en équipe, système d'information partagé) déclinés en missions, elles-mêmes rapportant un certain nombre de points. Le nombre de points attribués conditionne l'aide octroyée, un point équivalant à 7 euros. Le tableau en annexe n°7, p. 177 (grille de rémunération de l'ACI) explicite les principaux indicateurs retenus par l'ACI ainsi que le nombre de points qui y est attribué.

Plus des deux-tiers des MSP en place en 2021 auraient recours au financement par l'ACI car la logique de rémunération forfaitaire dans laquelle elle s'inscrit peut s'avérer bien plus avantageuse (Cassou et al 2021). Basé sur un principe de rémunération "à la mission", le financement par l'ACI est un système cumulatif où l'atteinte d'un objectif conditionne l'atteinte d'un objectif supplémentaire. L'ACI encourage le développement de la structure dans le temps.

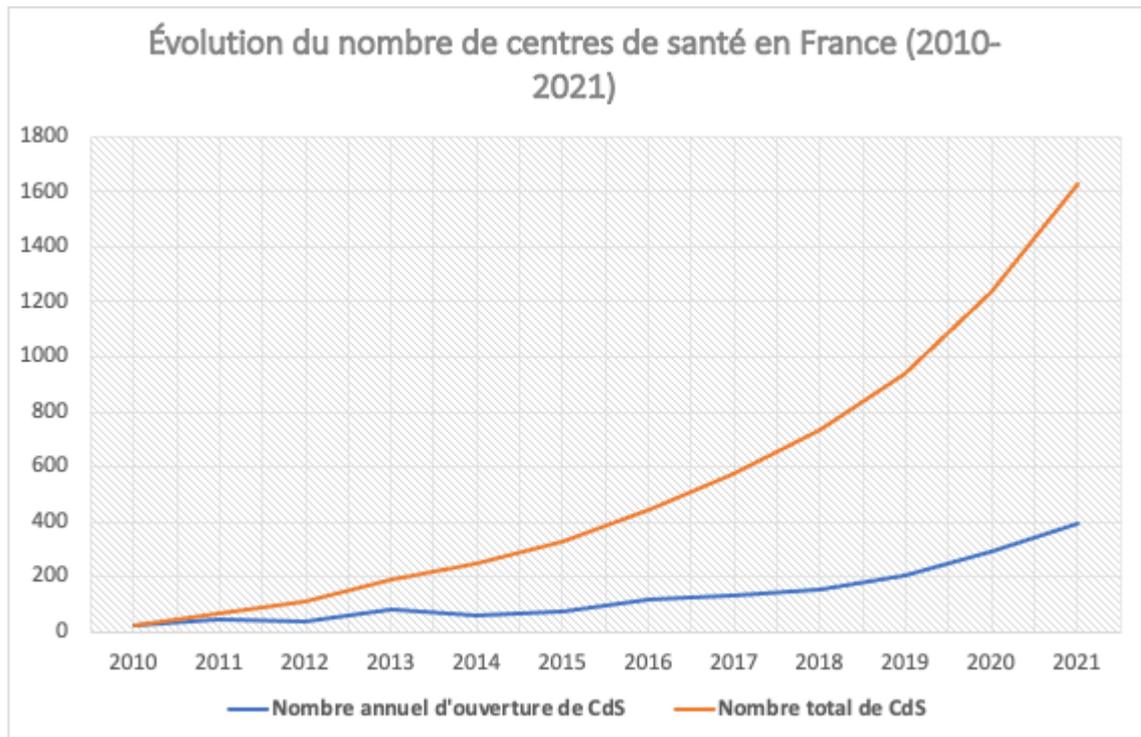
Les créations de CdS et de MPS vont croissantes, ainsi qu'en témoignent les graphiques 24 et 25 construits sur les données du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

⁴²Il est notamment envisageable de solliciter un cofinancement via le FEDER (fonds européen pour le développement régional), le FEADER (fonds européen agricole pour le développement rural) ou bien le LEADER (Liaison entre action de développement de l'économie rurale).

⁴³L'Etat participe au financement du foncier et de l'immobilier à travers les contrats de plan État-Région (CPER)

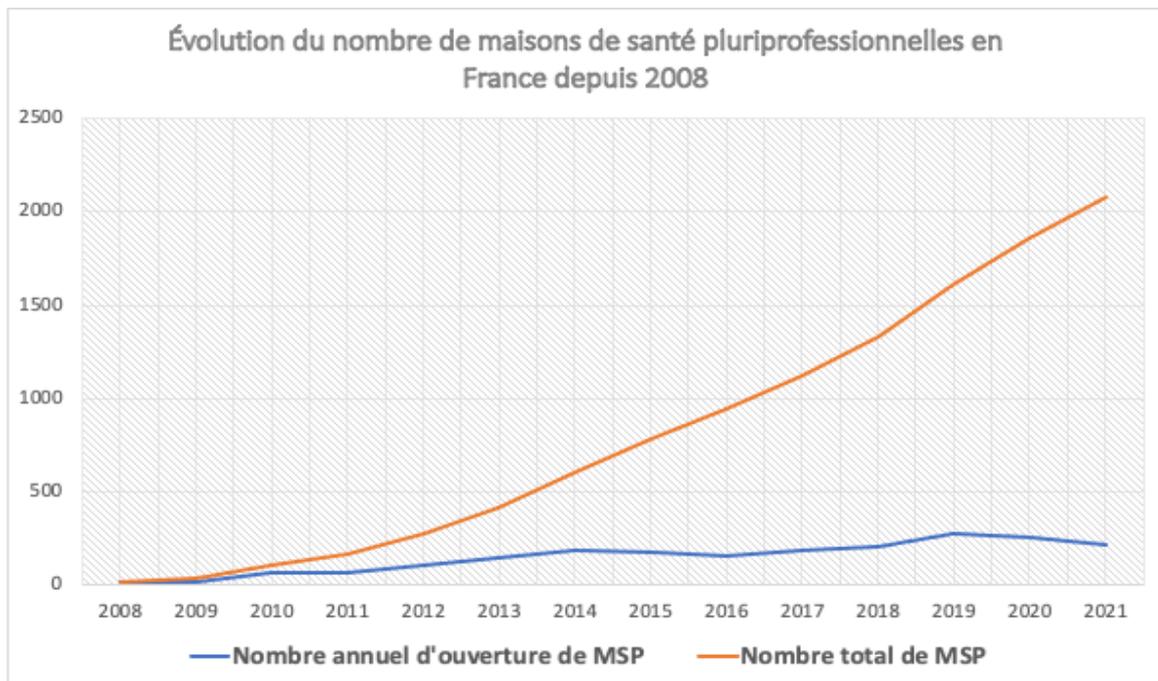
⁴⁴Le FIR est un outil de financement instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 et confié aux ARS. La dotation du FIR est fixée chaque année à l'échelle nationale par les régimes d'assurance maladie, puis réparti entre les ARS (en 2019, la dotation globale du FIR est égale à 3,7 milliards d'euros). Les aides octroyées peuvent varier d'une ARS à l'autre.

Graphique n°24 : Evolution du nombre de centres de santé en France entre 2010 et 2021



Source : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Traitement : CBD - Données exportées le 29 juin 2022

Graphique n°25 : Evolution du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles en France depuis 2008



Source : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Traitement : CBD - Données exportées le 29 juin 2022

Fin décembre 2021, on recense ainsi près de 2 800 Centres de Santé en France (2798) dont 1 631 créations depuis 2010. Le nombre d'ouvertures annuelles va croissant sur la période et se compte désormais en centaines (seulement quelques dizaines au début des années 2010). Plus récent (2008), le dispositif MSP fait l'objet d'une croissance continue du nombre de créations et le nombre d'ouvertures annuelles se compte en seulement quelques années également en centaines. Il est en revanche difficile de connaître le nombre de professionnels de santé libéraux exerçant au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle (7% des médecins généralistes libéraux selon une estimation de la DGOS⁴⁵ en 2017).

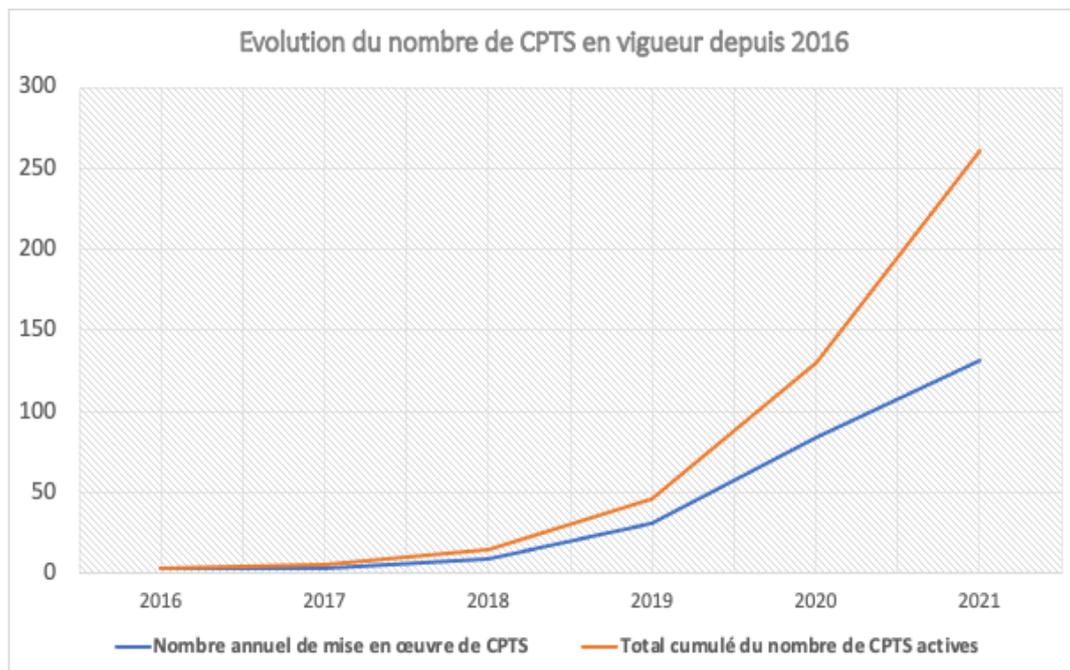
⁴⁵Direction Générale de l'Offre de Soins

Encadré n°11 : Les communautés professionnelles territoriales de santé

Créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS sont une forme d'exercice coordonné portée par des professionnels de santé libéraux volontaires d'un territoire : *"Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser - à leur initiative - autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile."* Les CPTS sont généralement portés de façon conjointe à un projet de MSP (Fauchier-Magnan et Wallon, 2018) dans une logique d'action complémentaire : les MSP s'organisent autour d'une patientèle alors que les CPTS se construisent dans une approche dite "populationnelle".

Bien qu'il s'agisse d'un dispositif récent pour lequel il n'existe encore que peu d'éléments d'évaluation, l'évolution du nombre de CPTS témoigne d'un intérêt croissant des professionnels de santé pour ce dispositif (graphique n°26) à partir de 2019 (pérennisation du dispositif par son financement par ACI). Selon Raynaud et Le Boulter (2021), les CPTS accélèrent la création de nouveaux partenariats pouvant permettre ainsi une meilleure répartition des tâches et une mise en commun des outils de pilotage de la politique sanitaire sur le territoire.

Graphique n°26 : Evolution du nombre de CPTS en vigueur depuis 2016



Source : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Traitement : CBD - Données exportées le 29 juin 2022

Ces dispositifs étant récents, leur évaluation manque encore du recul nécessaire. Toutefois, la croissance du nombre de créations laisse à penser que ces dispositifs sont de plus en plus plébiscités. Le déploiement des MSP et CdS privilégie les installations en zones sous-dotées pour répondre au double enjeu de l'amélioration du système de soins et de l'attractivité des professionnels de la santé au sein de ces territoires. De ce point de vue, trois éléments peuvent être soulignés : le recours au salariat, l'impact des MSP pour le développement territorial et l'intérêt de la pratique regroupée.

➤ Le salariat : levier d'attractivité pour les jeunes médecins ?

Selon, Chevillard et Dumontet (2020), la croissance des créations des centres de santé observée au cours de ces dernières années s'expliquerait par un attrait de plus en plus important pour le salariat et l'exercice coordonné, forme d'exercice inhérente aux CdS (selon article L6323-1 du code de la santé publique). Sans pouvoir conclure avec certitude que cet attrait explique l'augmentation du nombre de CdS (c'est peut-être l'augmentation des CdS qui explique celle du salariat), un changement de pratique s'observe chez les jeunes professionnels de santé. Selon la DREES (Portrait des professionnels de santé, 2016), le taux de médecins exerçant dans un cadre salarial passe de 25% en 1991 à 33% en 2016 tandis que l'exercice regroupé de la médecine générale connaît une évolution similaire 44% en 2001 contre 57% en 2015). Les jeunes professionnels de santé seraient plus attirés par ce mode d'exercice de la profession puisqu'il concernerait 66% des moins de 40 ans contre 50% des plus de 40 ans.

Nous confronterons à l'occasion de la partie 4.2 (p. 149) ces résultats d'ordres quantitatifs aux résultats d'une enquête de l'ordre des médecins de 2019 présentant un ensemble de données qualitatives sur les choix de localisation des jeunes médecins, et abordant notamment la question du salariat.

➤ Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : vecteur de développement territorial ?

Si le dispositif des MSP demeure encore peu évalué, certaines études soulignent son intérêt pour les territoires confrontés à la problématique de la déprise médicale. S'intéressant à la localisation des MSP sur le territoire national, Chevillard et Mousquès (2020) montrent que les MSP sont principalement implantées dans les territoires ayant une moindre accessibilité aux soins : en 2020, 42% des MSP sont implantées en zones rurales et 25% en zones périurbaines sous-dotées. De l'analyse de ces auteurs sur l'impact de l'implantation des MSP sur l'évolution des densités médicales, ressortent deux constats : 1) les territoires comptant une MSP connaissent une évolution des densités médicales significativement plus importante que les territoires n'en comptant pas ; 2) l'intensité de cet impact varierait selon les profils territoriaux et serait plus important dans les territoires péri-urbains que dans les territoires ruraux (où l'impact reste tout de même significatif).

➤ L'exercice regroupé : source d'efficacité pour le parcours de soins ?

Selon Mousquès (2011), le regroupement pluriprofessionnel doit permettre une meilleure efficacité des parcours de soins liée à la réalisation d'économies d'échelle et de gamme. Plusieurs études (Afrite *et al*, 2013; Daniel et Mousquès, 2015) montrent que ce mode d'exercice génère des gains de productivité significatifs des professionnels de santé, une réduction des dépenses relatives au mode d'exercice et une amélioration de la qualité des pratiques.

Les besoins d'évaluation de dispositifs de CdS et de MSP sont encore importants. Néanmoins, les premières études semblent témoigner de leur intérêt, et partant de la volonté des collectivités locales de s'en doter. Ils pourraient constituer un outil pertinent pour la structuration de l'offre de soins sur les territoires sous-dotés. Les CdS et MSP semblent satisfaire les populations qui en bénéficient. Même si ce point ne faisait l'objet d'aucune question précise de notre enquête, un grand nombre de personnes nous ont témoigné (question ouverte "avez-vous quelque chose à ajouter" en fin de questionnaire) de leur grande satisfaction quant à la création de la maison de santé pluriprofessionnelle La Gardolle à Tonneins.

Si la problématique de la déprise médicale est commune à l'ensemble des régions françaises, les causes et l'ampleur de cette dernière au sein des territoires régionaux divergent et ont des conséquences multiples. De plus, même si certaines actions sont déployées au niveau national, avec une adaptation en fonction des territoires (cas du zonage), d'autres initiatives se trouvent être plus spécifiques et résultent de politiques différenciées de la part des pouvoirs régionaux et infrarégionaux.

Selon le rapport Bignon-Peiro réalisé en 2012 pour le Comité d'Evaluation et de Contrôle des Politiques Publiques de l'Assemblée Nationale sur la politique d'aménagement du territoire en milieu rural *"la question de l'accès aux soins apparaît comme la première attente des habitants des territoires ruraux en termes de services"* (Synthèse du rapport). Pourtant, les mesures à l'initiative des territoires eux-mêmes restent marginales dans la conduite générale des politiques de santé (Bontron, 2013). Les ARS elles-mêmes n'ont qu'une marge de manœuvre très relative, leur principale mission consistant à appliquer les directives nationales.

Qu'elle passe par la voie nationale ou les initiatives locales, l'action pour remédier aux inégalités d'accès aux soins nécessite de disposer d'un indicateur précis de diagnostic. Il convient désormais de discuter de l'indicateur de diagnostic retenu, l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée).

PARTIE 3 - LES DETERMINANTS DE LA LOCALISATION DE L'OFFRE DE SOINS : LES MECANISMES DE FORMATION DES INEGALITES TERRITORIALES

Dans cette troisième partie, nous proposons de confronter l'APL à d'autres indicateurs de l'analyse spatiale qui pourraient enrichir le diagnostic préalable en interrogeant les déterminants qui président à la localisation de l'offre de soins.

Disposer d'un indicateur précis de mesure de l'accessibilité aux soins et être capable de retracer le ressenti des populations est indispensable à la mise en place des politiques visant à pallier les inégalités d'accès aux soins. L'indicateur de référence est l'APL, sur lequel se construisent les diagnostics préalables à l'action politique, notamment les politiques de zonage (partie 2). Comment expliquer les différences d'APL (carte n°9, partie 2.1.3., p.68) qui s'observent sur le territoire national ? L'APL se mesurant à l'échelle communale, nous proposons d'analyser cette variabilité en considérant les caractéristiques socio-économiques des communes dans notre première sous-partie (3.1.). Il existe un réel enjeu de compréhension du niveau de formation des inégalités de répartition de l'offre de soins. L'identification des déterminants des inégalités d'accès aux soins permettrait en effet aux pouvoirs publics de mieux adapter les actions à mener pour les pallier, ce dont nous discutons dans un deuxième temps (3.2.) en mobilisant les outils de l'analyse territoriale.

3.1. DES DIFFERENCES D'APL ENTRE TERRITOIRES QUI S'EXPLIQUENT EN FONCTION DE LEURS CARACTERISTIQUES

L'observation des APL au niveau communal (cf. partie 2.1.3., p. 68) témoigne d'une forte variabilité du résultat de cet indicateur. Au-delà des différences communales, nous voudrions comprendre quelles sont les explications de la variabilité de cet indicateur d'un point de vue territorial. Nous cherchons à comprendre comment les facteurs socio-économiques et démographiques qui caractérisent les territoires peuvent être à l'origine d'éléments explicatifs pour les différences d'accès aux soins.

3.1.1 : LA DEMARCHE D'ANALYSE

Dans notre démarche d'analyse, nous cherchons à identifier la part des inégalités d'accessibilité aux soins qui peuvent s'expliquer par certaines caractéristiques des territoires. Nous posons comme hypothèse de travail que l'APL permet d'estimer de manière satisfaisante l'accessibilité aux soins. Nous utilisons les APL aux différents professionnels de santé (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers libéraux et sage-femmes) selon les données communiquées par la DREES en 2018. Deux raisons expliquent que nous ne retenions pas les pharmaciens dans l'analyse. D'abord, les données pour le calcul de l'APL aux pharmacies datent de 2013 mais surtout, ainsi que présenté dans la partie 1.3. (p.47), l'installation des officines est fortement réglementée quand celle des autres professionnels de santé est soumise à la liberté d'installation sur le territoire national. L'introduction de contraintes pour certaines des professions médicales (à l'exclusion des sage-femmes et des médecins) étant récente, leur impact sur la localisation de ces professionnels n'est pas visible dans le jeu des données disponibles (2018). Compte tenu de ces éléments et comme les pharmacies semblent être réparties de manière relativement uniforme sur le territoire (carte n°11, partie 1.3., p. 50), nous faisons le choix de ne pas les intégrer à notre analyse à ce stade du travail.

Nous interrogeons quatre types d'effets susceptibles d'agir sur l'offre de soins présente sur un territoire :

- Un **effet régional** (ou macro territorial) : les conditions socio-économiques présentes sur le territoire (ici, la région) expliquent-elles la formation d'inégalités ?
 - Un **effet densité** : dans quelle mesure le niveau de densité (définie par la grille communale de densité à 4, puis à 7 niveaux de l'INSEE) permet-il d'expliquer des différences d'APL pour les territoires ?
 - Un **effet taille** : la démographie (nombre d'habitants) d'une commune permet-elle d'expliquer des variations dans la valeur de l'APL ?
 - Un **effet aire d'attraction des villes (AVV)**: l'appartenance, la taille de l'AAV rattachée à la commune et le statut de la commune dans l'AAV, sont-ils des éléments permettant d'expliquer les différences d'APL entre communes ?
-
- Les variables utilisées pour l'analyse

Les quatre effets précités (variables explicatives) sont analysés pour les deux variables que nous souhaitons comparer (variables dépendantes) : **l'accessibilité aux professionnels de santé** et **le temps d'accès aux centres de différents niveaux** (définis en fonction des services et équipements disponibles sur place). Cette comparaison poursuit deux objectifs : expliquer les inégalités communales de ces indicateurs au niveau national et voir si les inégalités dépendent des mêmes effets, que l'on s'intéresse à l'accessibilité aux soins ou aux temps d'accès aux services et équipements.

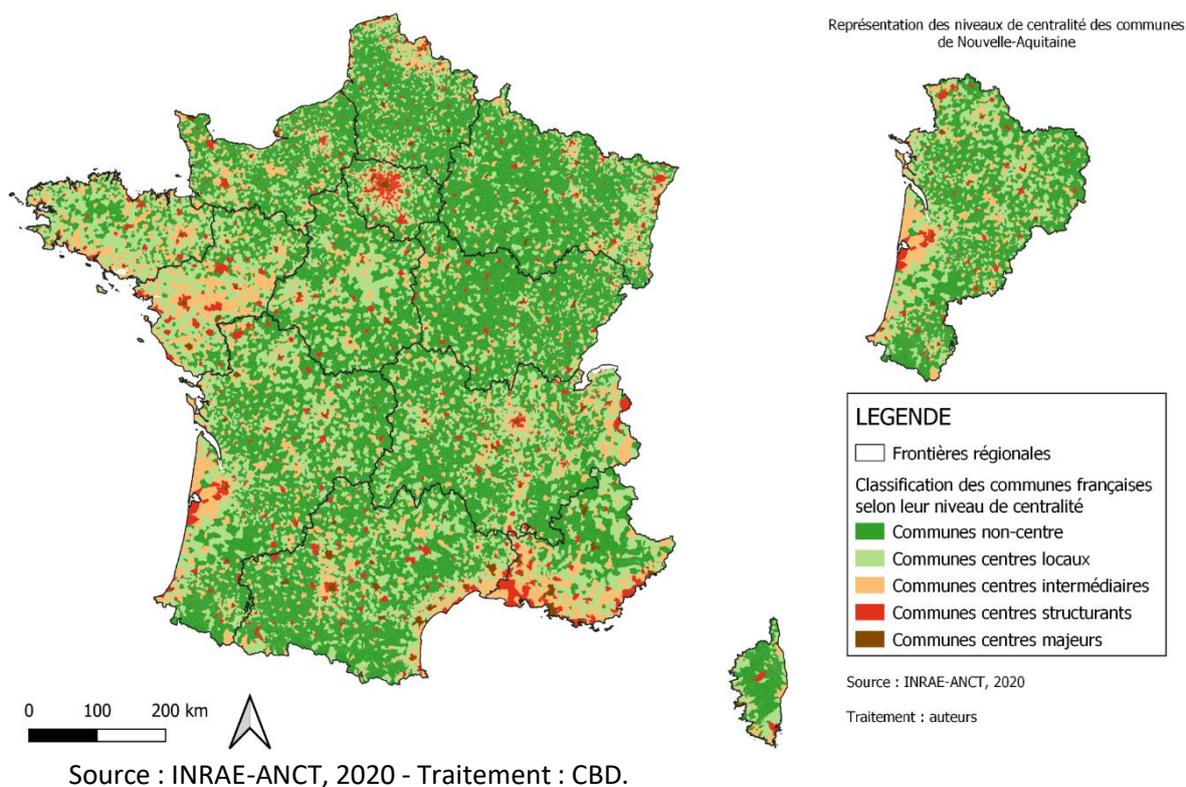
- Variables dépendantes

Accessibilité aux soins : APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans, APL aux médecins de 40 à 65 ans et APL aux médecins généralistes de moins de 40 ans ; APL aux infirmiers de moins de 65 ans et APL aux infirmiers de moins de 40 ans ; APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans et APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 40 ans ; APL aux sages-femmes de moins de 65 ans et APL aux sages-femmes de moins de 40 ans. Toutes ces données sont issues des bases de données de la DREES pour l'année 2018.

Temps d'accès aux centres : ils correspondent aux temps de trajet motorisé, au niveau communal, pour se rendre dans la commune la plus proche de niveau 1, 2, 3 ou 4. Ces données sont issues d'une analyse réalisée par l'INRAE et l'ANCT (Agence nationale de la cohésion des territoires) en 2019. Celle-ci a été réalisée en 2020 et se nomme "[Synthèse de l'étude « Centralités : comment les identifier et quels rôles dans les dynamiques locales et intercommunales ? » | L'Observatoire des Territoires](#)". Sur la base de la BPE de 2017 et donc, à partir de tous les services et équipements qui y sont présents (185), 5 types de commune ont été identifiées (carte n°18) : les communes non-centre (de niveau 0, non retenus pour l'analyse en raison de l'absence de services et équipements sur la commune), les communes centres locaux (niveau 1), les communes centres intermédiaires (niveau 2), les communes centres structurants (de niveau 3) et les communes centres majeurs (niveau 4).

Carte n°18 : Représentation des communes françaises en fonction de leur niveau de centralité (2020)

Représentation des communes françaises en fonction de leur niveau de centralité (2020)



- Variables explicatives

Pour expliquer les différences d'APL et de temps d'accès aux centres de différents niveaux à l'échelle communale, nous mobilisons plusieurs variables : région (1), taille (2), grille communale de densité (3 et 4), aire d'attraction des villes (AAV) (5) et catégorie de la commune au sein de l'AAV (6). Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro des six premières colonnes. Les quatre dernières colonnes croisant ces variables, nous indiquons entre parenthèses les conjonctions des colonnes.

La première variable, que nous appelons "région (1⁴⁶)", attribue à chaque commune sa région d'appartenance.

La deuxième variable, que nous appelons "taille (2)", renvoie à la taille de la population communale en fonction du recensement de 2017 (données de l'INSEE).

Les troisième et quatrième variables, que nous appelons "densité - 4 (3)" et "densité - 7 (4)", correspondent à la classification de la commune selon la grille communale de densité de l'INSEE. Deux versions de cette grille sont proposées, une à 4 et l'autre à 7 catégories. La grille communale à 4 catégories propose les distinctions suivantes : communes densément peuplées, communes de densité intermédiaire, communes peu denses et communes très peu denses. L'INSEE a élaboré en 2022 une nouvelle grille communale de densité admettant 7 catégories au lieu de 4. La grille communale à 7 catégories

⁴⁶Les numéros entre parenthèses renvoient à la colonne de la ou des variable(s) mobilisée(s).

propose les distinctions suivantes : grands centres urbains, centres urbains intermédiaires, petites villes, ceintures urbaines, bourgs ruraux, rural à habitat dispersé, rural à habitat très dispersé.

La cinquième variable, que nous appelons “AAV (5)”, correspond à l’appartenance de la commune à une AAV (Aire d’Attraction des Villes) et à la taille de cette AAV. Une AAV permet de définir l’étendue de l’influence de la commune dite “commune-centre” (qui est aussi la commune la plus densément peuplée) sur les communes environnantes. Ainsi, une aire est “*un ensemble de communes, d’un seul tenant et sans enclave, constitué d’un pôle de population et d’emploi, et d’une couronne qui regroupe les communes dont au moins 15% des actifs travaillent dans le pôle*” (définition de l’INSEE, 2021). L’INSEE définit des catégories d’appartenance à une aire d’attraction des villes (AAV) pour chaque commune française au 1er janvier 2021 selon le recensement de la population de 2017. Ainsi, les communes peuvent être : hors AAV, dans une aire de moins de 50.000 habitants, dans une aire de 50.000 à moins de 200.000 habitants, dans une aire de 200.000 à moins de 700.000 habitants, dans une aire de plus de 700.000 habitants (hors Paris) ou encore dans l’aire de Paris.

Enfin, la sixième variable, que nous appelons “catégorie commune (6)” correspond à la classification de la commune et à son positionnement au sein de l’AAV. A l’occasion du zonage en AAV, l’INSEE catégorise les communes à l’intérieur de ce premier zonage. Ainsi, les communes peuvent être : des communes-centres, d’autres communes du pôle principal, des communes d’un pôle secondaire, des communes de la couronne ou des communes hors d’attraction des pôles.

L’encadré ci-dessous n°12 précise les estimations économétriques utilisées pour l’analyse et donne quelques clefs de lecture du tableau des résultats présentés dans le tableau 16, résultats que nous interprétons par la suite.

Encadré n°12 : Méthodologie et clefs de lecture du tableau n°16

Les modèles économétriques estimés sont des régressions linéaires (méthode OLS) où les variables dépendantes sont quantitatives continues (APL et temps d’accès). Les variables explicatives correspondent aux effets que nous cherchons à tester : région, taille, grille communale de densité, aire d’attraction des villes (AAV) et catégorie de la commune au sein de l’AAV. Toutes ces variables sont qualitatives à l’exception de la taille qui correspond au logarithme de la population (variable quantitative continue transformée en logarithme pour la rapprocher d’une loi normale). Les variables qualitatives ont été transformées en variables quantitatives discrètes pour la réalisation des régressions.

Le tableau reprend les valeurs du R2 ajusté des modèles économétriques estimés (ce que nous appelons “la part expliquée”). C’est le rapport entre la variance expliquée par le modèle et la variance totale. Il est compris entre 0% et 100%. Une valeur de 20% signifie que la variable testée (par exemple l’effet taille) explique 20% des différences entre les communes de la variable à expliquer.

Par exemple, les différences de temps d’accès à un centre de niveau 1 au niveau communal sont expliquées à 4,45% par un effet régional, à 42,57% par un effet taille, à 36,14% par un effet densité (selon la grille communale de densité à 4 niveaux), à 42,61% par un effet densité (selon la grille communale de densité à 7 niveaux), 7,18% par un effet AAV, 13,36% par la catégorisation de la place de la commune au sein de l’AAV, à 15,95% par un effet simultanée de l’AAV et de la catégorisation de la place de la commune au sein de l’AAV, à 43,2% par un effet densité pris simultanément avec l’effet AAV, à 44,62% par un effet combiné de densité, AAV et régional et à 17,34% par les effets régional, AAV et catégorisation de la place de la commune au sein de l’AAV.

Tableau n°16 : Part des différences géographiques expliquées par les effets taille, région, AAV et densité

	Région (1)	Taille (2)	Densité-4 (3)	Densité-7 (4)	AAV (5)	Catégorie commune (6)	AAV-Catégorie commune (5)+(6)	Densité-AAV (4)+(5)	Densité-AAV-Région (1)+(4)+(5)	AAV-Région-catégorie commune (1)+(5)+(6)
Accès aux services et équipements										
Temps d'accès à un centre de niveau 1	4,45%	42,57%	36,14%	42,61%	7,18%	13,36%	15,95%	43,20%	44,62%	17,34%
Temps d'accès à un centre de niveau 2	7,63%	25,55%	44,95%	51,70%	12,02%	33,10%	36,02%	52,67%	53,75%	36,94%
Temps d'accès à un centre de niveau 3	13,22%	17,51%	55,33%	60,37%	22,81%	49,89%	53,16%	62,96%	64,37%	54,76%
Temps d'accès à un centre de niveau 4	8,64%	13,11%	45,37%	47,92%	32,90%	33%	54,96%	56,91%	59,25%	57,84%
Accès aux médecins généralistes										
APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans	13,06%	10,54%	11,81%	12,61%	23,62%	9,65%	32,76%	36,42%	40,37%	36,59%
APL aux médecins généralistes de 40 à 65 ans	14,84%	8,62%	11,77%	12,45%	17,93%	9,72%	28,00%	33,34%	38,94%	33,85%
APL aux médecins généralistes de moins de 40 ans	8,7%	4,77%	4,12%	4,75%	16,55%	3,76%	19,56%	18,92%	24,41%	24,62%
Accès aux masseurs-kinésithérapeutes										

APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans	24,63%	16,37%	22,59%	23,68%	30,54%	13,76%	42,08%	46,92%	58,47%	54,38%
APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 40 ans	16,32%	11,46%	21,58%	22,92%	35,04%	12,15%	45,53%	49,19%	55,19%	51,94%
Accès aux infirmiers libéraux										
APL aux infirmiers libéraux de moins de 65 ans	50,89%	8,16%	6,37%	6,79%	17,69%	5,10%	21,37%	24,36%	58,60%	56,64%
APL aux infirmiers libéraux de moins de 40 ans	34,21%	5,69%	5,79%	6,15%	13,63%	3,55%	16,85%	20,00%	42,22%	40,42%
Accès aux sage-femmes										
APL aux sage-femmes de moins de 65 ans	18,11%	16%	9,08%	10,09%	18,38%	8,80%	23,59%	26,39%	37,31%	32,22%
APL aux sage-femmes de moins de 40 ans	10,88%	6,71%	5,57%	6,19%	9,56%	4,94%	13,06%	14,97%	20,85%	19,02%

Source : DREES, 2018 ; INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

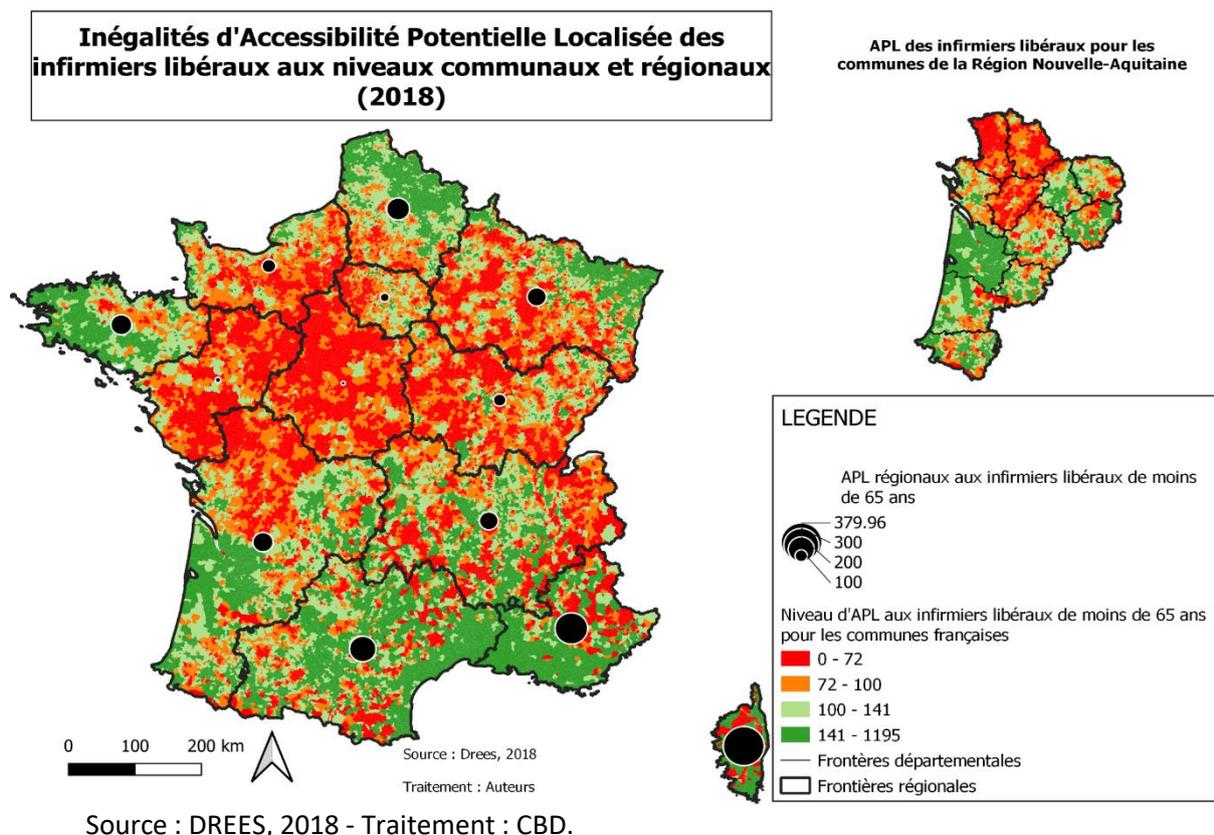
3.1.2. LES PRINCIPAUX RESULTATS : EFFETS PRIS SEPAREMENT

Les résultats présentés dans le tableau 16 montrent que les divergences d'accessibilité aux professionnels de santé ne s'expliquent pas de la même manière qu'en ce qui concerne l'accès à l'ensemble des services et équipements présents au sein de la commune : **les différences d'accès aux centres de différents niveaux sont davantage expliquées par un effet de densité** (et donc par le classement de la commune selon la grille communale⁴⁷) **alors que les différences d'APL s'expliquent mieux par un effet d'appartenance à une aire d'attraction des villes (AAV) et un effet régional.**

L'impact de ces deux effets varie avec les catégories de professionnels de santé considérés :

- L'accessibilité aux infirmiers libéraux est fortement dépendante d'un effet régional, les autres effets étant très limités. Ce constat correspond à l'observation des APL aux infirmiers libéraux (carte n°10) : les régions du sud de la France bénéficient d'une accessibilité meilleure que les régions du nord. Les différences d'APL aux infirmiers expliquées par l'effet régional étant très élevées comparativement aux APL aux autres professions médicales, nous pouvons nous questionner sur une éventuelle différence de comportement dans les choix de localisation : **les infirmiers libéraux semblent moins sensibles au niveau de densité, à l'appartenance à une AAV et au statut de la commune de l'AAV mais sont en revanche plus sensibles à l'installation dans certaines régions, particulièrement celles du sud de la France.**

Carte n°10 : Niveau d'APL aux infirmiers libéraux par commune et par région en 2018



⁴⁷A ce sujet, le passage de la grille communale de densité à 4 niveaux à celle à 7 niveaux est pertinente pour les temps d'accès. En revanche, son effet est beaucoup plus limité pour expliquer les différences d'APL (l'augmentation de la part expliquée est minime).

- En ce qui concerne les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes, l'accessibilité semble davantage dépendre de l'appartenance à une aire d'attraction des villes (AAV), l'effet régional ne jouant que faiblement, en particulier pour ce qui concerne les médecins généralistes. L'accessibilité à ces professionnels est ainsi mieux répartie entre les régions françaises mais des différences significatives s'observent à l'intérieur de celles-ci, entre les communes appartenant à une AAV (et relativement à la taille de cette dernière). **L'appartenance à une aire d'attraction des villes semble mieux expliquer les différences d'APL que les effets régionaux pour les APL aux médecins généralistes et kinésithérapeutes, quel que soit l'âge des professionnels de santé.**
- Ce dernier constat se vérifie aussi pour les APL aux sage-femmes de moins de 65 ans. C'est le seul résultat que nous pouvons souligner **en ce qui concerne les professionnels de la maïeutique**, les résultats du tableau n°16 ne permettant pas d'identifier des effets dominants. **Les parts expliquées des différences d'accessibilité pour chacun des effets analysés sont relativement faibles**, chacun d'entre eux ne jouant que faiblement.

Ces interprétations sont toutefois à considérer avec une extrême prudence : si l'effet régional et l'effet d'appartenance à une AAV expliquent mieux que les autres (effet taille et densité) les différences d'APL, ces effets restent toutefois assez limités, ce qui présage de l'influence d'autres facteurs, inconnus à ce stade de notre analyse. Ceci étant dit, nous pouvons désormais considérer l'impact des quatre effets lorsque nous les considérons de manière conjointe.

3.1.3. LES PRINCIPAUX RESULTATS : EFFETS PRIS CONJOINTEMENT

Si l'observation des effets pris séparément permet effectivement de comprendre certains éléments importants dans la localisation de l'accès aux soins et plus particulièrement dans la formation des inégalités, nous pouvons également chercher à comprendre les effets agissant simultanément. Pour l'analyse de ces effets conjoints, nous préférons nous focaliser sur les APL plutôt que sur les temps d'accès aux centres de différents niveaux (qui englobent l'accès aux soins mais qui sont moins précis pour notre analyse).

Au vue de l'importance des effets AAV et régionaux, nous proposons de travailler ces variables avec plus de précision. De plus, **compte tenu du fait que la déprise médicale est un phénomène observé dans les milieux ruraux et dans les zones périurbaines défavorisées** (Chevallard et al., 2018), **nous souhaitons approfondir la place de la densité et le positionnement de la commune dans une AAV pour expliquer les inégalités d'accès aux soins.**

3.1.3.1. LA METHODE D'ANALYSE POUR LES EFFETS CONJOINTS

Nous avons fait le choix de différentes combinaisons entre ces effets, en conservant toujours au moins un des deux effets dominants (effet régional et effet AAV) lorsqu'on les considère séparément. Les autres effets sont ensuite ajoutés pour tester des combinaisons d'explications possibles.

- Dans un premier temps, nous proposons d'analyser simultanément l'effet AAV (5) et l'effet catégorie de commune (6). Nous cherchons ici à comprendre comment l'appartenance à une

AAV, à sa taille et au positionnement de la commune au sein de celle-ci permettent d'expliquer les différences d'APL entre communes. Finalement, ces éléments permettent de **comprendre comment le positionnement de la commune à l'intérieur de la hiérarchie urbaine permet ou non d'expliquer les variations d'APL avec le reste de la France.**

- L'effet AAV (5) semblant important, nous proposons dans un second temps de lui ajouter l'effet densité (4). Cela nous permet d'appréhender les différences d'APL en fonction de la classification de la commune au sein de la grille communale de densité et en prenant en compte son appartenance éventuelle à une AAV.
- Dans un troisième temps, nous décidons également d'ajouter l'effet régional à la précédente combinaison. Cette combinaison permet de mieux **appréhender l'impact de l'effet régional**. En effet, lorsque l'on s'intéresse à cet effet pris séparément, nous pouvons considérer des différences régionales comme des éléments relevant de réelles différences entre régions, liés aux conditions qui y sont présentes intrinsèquement, alors qu'en réalité d'autres éléments expliquent mieux ces différences et ne sont pas liées à l'appartenance à une région plutôt qu'une autre. Pour prendre un exemple, si la densité est un élément qui influence l'offre de soins et que celle-ci est inégalement répartie entre les régions, un effet régional peut être surestimé car il intègre en partie l'effet densité.
- Enfin, la dernière combinaison d'effets consiste à ajouter au premier regroupement l'effet régional, sur le même principe que ce qui a été expliqué précédemment.

3.1.3.2. LES PRINCIPAUX RESULTATS

Comme pour la discussion sur les effets pris séparément, nous pouvons regrouper les APL ayant des effets jouant de manière similaire.

- **Pour les APL aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes, l'effet régional est finalement assez faible.** Par ailleurs son impact n'est pas directement lié à des différences régionales mais plutôt au niveau de densité observé au sein des régions, ce niveau variant entre les régions françaises. Le niveau de densité des communes est une variable qui explique mieux les différences que le positionnement de la commune au sein de l'AAV. Aussi, nous rappelons que lorsque nous considérons les effets un à un, l'effet AAV est l'effet qui explique le mieux les différences d'APL à ces deux types de professionnels de santé. Il est alors intéressant de coupler l'effet AAV à l'effet régional et densité : nous expliquons désormais 40,37% des différences d'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans (39,84% pour les médecins généralistes de 40 à 65 ans mais seulement 24,41% des différences d'APL aux médecins généralistes de moins de 40 ans) et 58,47% des différences d'APL aux kinésithérapeutes de moins de 65 ans et 55,19% des différences d'APL aux kinésithérapeutes de moins de 40 ans. La différence des parts expliquées pour un même professionnel, en fonction de son âge, est plus marquée pour les médecins généralistes. A ce stade de l'analyse, cela tend à montrer que les inégalités de répartition des médecins généralistes ne sont pas les mêmes si on s'intéresse à tous les professionnels, quel que soit leur âge, ou seulement à ceux de moins de 40 ans. La répartition des masseurs-kinésithérapeutes semble moins varier en fonction de l'âge de ces derniers.

=> **Le principal élément déterminant l'accessibilité aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes est l'appartenance à une AAV** (notons que le positionnement de la ville au sein du pôle n'explique pas mieux les différences d'APL que ne le fait le niveau de densité). **Dans le cas des médecins généralistes, mais pas pour les kinésithérapeutes, le critère démographique (âge des praticiens) est un deuxième élément déterminant**, ce qui nous conduit à nous interroger sur les différences de choix de localisation des professionnels de santé en fonction de leur âge, le critère jouant particulièrement pour les professionnels plus âgés.

- L'APL aux **infirmiers est fortement expliqué par des différences régionales** et assez peu par des effets de taille, de densité et d'appartenance à une AAV : le niveau de densité semble tout de même mieux expliquer les différences d'APL aux infirmiers libéraux que ne le fait le positionnement de la commune dans l'AAV. Lorsque nous regardons l'impact conjoint des effets régionaux, densité et AAV, nous expliquons 58,6% des différences d'APL aux infirmiers libéraux de moins de 60 ans et 42,22% pour les moins de 40 ans. Comme pour les médecins généralistes, il semblerait que **les comportements de localisation varient avec l'âge des professionnels de santé**.
- En ce qui concerne l'APL aux **sage-femmes**, l'explication des différences est plus faible mais **comparable à celle observée pour les APL aux médecins généralistes et aux kinésithérapeutes** : 37,71% des différences d'APL aux sage-femmes de moins de 65 ans sont expliquées par la conjonction de trois effet (régional, densité et AAV). La part expliquée n'est que de 20,85% pour les APL aux sage-femmes de moins de 40 ans.

Au final, que l'on s'intéresse à l'APL aux médecins généralistes, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux infirmiers ou aux sage-femmes, **l'effet régional semble biaisé par un effet densité**. Ce constat se fait par l'observation du passage entre la combinaison AAV (5) et densité (4) et celle entre AAV (5), densité (4) et région (1) : la part expliquée augmente de manière moins (voire largement moins) importante que l'effet régional (1) pris séparément. Cela signifie qu'à l'intérieur de l'effet régional se trouve un effet densité et AAV pour lequel les différences d'APL entre régions s'expliquent en réalité par des différences de densité et d'appartenance à une AAV, ces deux derniers étant des éléments expliquant les divergences d'APL au niveau communal.

Ces premiers éléments montrent l'intérêt d'étudier les raisons susceptibles d'expliquer les différences d'accessibilité aux professionnels de santé. Bien que d'autres variables seraient à identifier et à étudier, plusieurs effets semblent jouer et la prise en compte des interactions semble une piste à creuser pour enrichir la compréhension des divergences d'APL.

3.1.4. DES ANALYSES COMPLEMENTAIRES : ESTIMATION DE LA SITUATION DES TERRITOIRES SELON LEUR DEGRE DE DENSITE ET ESTIMATION DES APL AU NIVEAU REGIONAL

Afin de mieux comprendre le jeu des effets densité et régional dans les différences d'accès aux soins, nous avons réalisé deux analyses complémentaires, présentées dans les tableaux 17 et 18. Nous proposons une estimation (par régression linéaire) de la situation relative des différents territoires : 1) en fonction de leur degré de densité, afin d'expliquer leur éloignement aux niveaux de centralité (tableau 17) et 2) en fonction de leur appartenance régionale, afin d'expliquer la dotation médicale de ces territoires, l'indicateur retenu étant celui de l'APL (tableau 18).

3.1.4.1. LES TEMPS D'ACCES AUX CENTRES DE NIVEAUX 1, 2, 3 OU 5 EN FONCTION DU DEGRE DE DENSITE

Le tableau n°17 présente les estimations de temps d'accès à un centre de niveau 1, 2, 3 ou 4, en fonction du degré de densité (grille communale des densité à 4 niveaux ; "densité - 4 (3)").

Tableau n°17 : Situation relative des degrés de densité en France métropolitaine

Accès aux services et équipements				
	Temps d'accès à un centre de niveau 1	Temps d'accès à un centre de niveau 2	Temps d'accès à un centre de niveau 3	Temps d'accès à un centre de niveau 4
Degré de densité 1 (Communes densément peuplées)	0	0	1,16	7,5626
Degré de densité 2 (Communes de densité intermédiaire)	0,1176	1,3841	7,5512	25,2064
Degré de densité 3 (Communes peu denses)	1,8765	6,8902	18,7359	34,2075
Degré de densité 4 (Communes très peu denses)	6,9585	11,4841	24,375	42,0543
<i>France métropolitaine</i>	<i>0,8485</i>	<i>2,9204</i>	<i>9,04</i>	<i>21,721</i>
Part expliquée	36,14%	44,95%	55,33%	45,37%

Source : INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

Encadré n°13 : Clefs de lecture du tableau n°17

En fonction du degré de densité, les temps d'accès moyens aux différents niveaux de centralité sont présentés. Au niveau de la France métropolitaine, le temps d'accès moyen aux différents niveaux de centralité est également proposé.

Par exemple, le temps d'accès à un centre de niveau 4 pour une commune de degré de densité 1 est en moyenne de 7,56 minutes.

Tous les temps d'accès aux différents niveaux de centralité en fonction du degré de densité sont très significativement différents (seuil de risque de 1%) du reste des territoires français.

Par exemple, le temps d'accès à un centre de niveau 1 pour une commune de degré de densité 1 est très significativement différent du temps d'accès à un centre de niveau 1 pour les communes de degré de densité 2, 3 et 4.

En ce qui concerne les temps d'accès aux centres de différents niveaux en fonction du degré de densité de la commune (tableau 17), nos estimations montrent que **plus le degré de densité augmente** (moins la commune est densément peuplée) **et plus le temps d'accès aux pôles de services (quel que soit leur niveau) est important**. Cette estimation n'est pas spécifique à l'accès aux soins mais elle permet de retrouver un résultat attendu relatif au temps de transport nécessaire pour se rendre chez un professionnel de santé rapporté au degré de centralité : ce temps de transport est plus important pour l'accès aux médecins spécialistes, qui aura tendance à être localisé dans un centre de niveau supérieur, que pour les médecins généralistes (gamme des services de proximité).

3.1.4.2. L'ESTIMATION DES APL PAR REGION

Le tableau n°18 présente les estimations des APL aux médecins généralistes, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux sage-femmes, en fonction des régions ("région (1)").

Tableau n°18 : Situation relative des régions en France métropolitaine

	Accès aux médecins généralistes			Accès aux masseurs - kinésithérapeutes		Accès aux infirmiers libéraux		Accès aux sage-femmes	
	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans	APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans	APL aux médecins généralistes de moins de 40 ans	APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans	APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 40 ans	APL aux infirmiers libéraux de moins de 65 ans	APL aux infirmiers libéraux de moins de 40 ans	APL aux sage-femmes de moins de 65 ans	APL aux sage-femmes de moins de 40 ans
Auvergne - Rhône - Alpes (84)	3,5188	2,4163	1,1024	132,2302	64,0846	138,2813	55,0264	21,4361	11,9279
Bourgogne - Franche - Comté (27)	3,2699	2,3706	0,8991	95,0847	41,4063	101,4257	40,5042	16,0757	8,6261
Bretagne (53)	3,7751	2,5535	1,2216	115,9152	47,254	154,5354	55,426	19,3403	9,6571
Centre - Val de Loire (24)	2,7558	2,2344	0,5816	86,1114	32,4807	77,8569	27,7035	14,4441	6,8363
Corse (94)	3,2375	2,4853	0,7363	182,8328	84,4125	379,9622	155,9513	12,9253	8,3582
Grand Est (44)	3,7187	2,8376	0,881	117,3243	63,8311	140,806	58,5145	17,6536	9,8294
Hauts - de - France (32)	3,9143	2,9285	0,9857	135,5572	64,5977	171,6337	83,2747	14,009	8,2957
Normandie (28)	3,2496	2,4247	0,8252	84,4047	34,3757	107,5393	42,0742	14,009	6,7863
Nouvelle - Aquitaine (75)	3,7983	2,8231	0,9751	125,0995	57,9085	149,1088	54,0818	18,6085	9,5092
Occitanie	3,769	2,8276	0,9413	161,097	76,4735	205,6234	68,1307	21,3856	9,1159

(76)										
Pays de la Loire (52)	3,3906	2,3525	1,038	82,5426	45,7192	79,0328	33,6556	19,4017	8,0022	
Provence - Alpes - Côte d'Azur (93)	3,8287	2,9564	0,8722	178,1212	80,6112	272,2352	89,314	18,7129	10,032	
Ile-de-France (11)	2,7558	2,0194	0,7363	82,5426	43,4928	86,9744	35,235	14,009	7,5481	
<i>France Métropolitaine</i>	<i>3,4585</i>	<i>2,5398</i>	<i>0,9187</i>	<i>102,9947</i>	<i>56,5473</i>	<i>145,0183</i>	<i>55,3253</i>	<i>17,2617</i>	<i>8,9483</i>	
Part expliquée	13,06%	14,84%	8,7%	24,63%	16,32%	50,89%	34,21%	18,11%	10,88%	

Source : DREES, 2018 ; INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

Encadré n°14 : Clefs de lecture du tableau n°18

En fonction de la région, les niveaux d'APL aux professionnels de santé étudiés sont présentés. Au niveau de la France métropolitaine, l'APL moyen est également proposé.

Par exemple, l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans dans la région Auvergne-Rhône-Alpes est en moyenne de 3,52 consultations par an et par habitant.

Les valeurs non surlignées sont très significativement différentes (à un seuil de risque de 1%) du reste des territoires français. Les valeurs en jaune ne sont pas significativement différentes du reste des territoires français. Les valeurs en vert clair sont significativement différentes du reste de la France à un seuil de 5%. Les valeurs en vert foncé sont significativement différentes du reste de la France à un seuil de 10%.

Par exemple, l'APL aux médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes (84) est significativement différent (à un seuil de risque de 5%) de l'APL aux médecins généralistes du reste de la France.

Lorsque l'on analyse les moyennes régionales pour les APL aux différents professionnels de santé (tableau n°18), nous constatons des différences très significatives. Cela tend à montrer que **l'effet régional joue significativement dès lors que l'on cherche à expliquer les différences d'APL au niveau communal** (différences précédemment identifiées). Si cet effet est très significatif pour tous les APL, nous pouvons noter une importance particulière pour l'APL aux infirmiers : la part expliquée est forte (50,89% pour les moins de 65 ans et 34,21% pour les moins de 40 ans) et toutes les moyennes des APL aux infirmiers de moins de 65 ans sont très significativement différentes du reste de la France. Rappelons que les résultats présentés plus haut laissent à penser que d'autres effets viennent biaiser l'analyse des effets régionaux, notamment pour les APL aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes, les effets taille, densité et AAV.

Cette première analyse exploratoire des facteurs explicatifs (effets régional, densité, taille et AAV) des différences d'APL aux professionnels de santé au sein du territoire national nous semble témoigner de l'intérêt de questionner plus précisément les éléments explicatifs des inégalités territoriales de l'accès aux soins.

Pour cela, nous proposons de mobiliser les indicateurs d'inégalités de l'analyse spatiale et d'élargir l'analyse par le calcul des densités des professionnels de santé, ce qui permet de prendre en compte une plus grande diversité des professionnels de santé que ceux retenus pour le calcul de l'APL. En effet, l'indicateur de l'APL intègre des éléments relevant de la demande de soins mais il limite la portée de l'analyse puisqu'il n'est disponible que pour un nombre limité de professionnels de santé.

3.2. LA CONCENTRATION ET LES INEGALITES TERRITORIALES DE L'OFFRE DE SOINS : UNE ANALYSE PAR LES DENSITES MEDICALES

Les outils de l'analyse spatiale peuvent nous aider à comprendre la localisation des professionnels de santé. Nous mobilisons successivement plusieurs de ces indicateurs : les indices de Gini (3.2.1.) et de Theil (3.2.2.) permettent d'abord de mieux comprendre la localisation et l'ampleur des inégalités qui se forment pour les différents professionnels de santé étudiés ; une analyse par les différences de densité est ensuite réalisée afin de mieux appréhender leur répartition (3.2.4.) ; les quotients de localisation sont enfin mobilisés pour identifier des spécificités territoriales en termes d'offre de soins (3.2.3.).

Ainsi que tous les services et équipements recensés par l'INSEE, les services de santé appartiennent à une gamme définie par cet institut (encadré n°15). L'ensemble des équipements n'étant pas présents dans l'intégralité des communes, la constitution de ces gammes vise à expliquer la localisation de ces derniers en fonction de la hiérarchie urbaine : certains services sont surreprésentés dans le "haut de la hiérarchie urbaine"⁴⁸ alors que d'autres sont surreprésentés dans le "bas de la hiérarchie urbaine". L'analyse des inégalités de répartition ne peut se faire qu'en comparant des services et équipements appartenant à la gamme et donc, devant se trouver théoriquement, au même niveau de la hiérarchie urbaine. Tous les services de santé étudiés par la suite font partie de cette classification (tableau n°19). Nous allons nous appuyer sur celle-ci tout au long de la sous-partie.

Encadré n°15 : Gammes d'équipements de l'INSEE

Présentation de la base permanente des équipements et des gammes de services (Insee)

La Base Permanente des Équipements (BPE) propose annuellement un recensement des services et équipements connus dans chaque commune, de manière localisée.

Sur la base de cette première base de données, l'Insee constitue ce qu'elle appelle les gammes d'équipements. Une analyse de la présence simultanée des services et équipements dans les communes est faite. La méthode dite des "nuées dynamiques" est utilisée, en optimisant la co-présence dans les communes des équipements appartenant à une même gamme. Ainsi, les 112 équipements de la BPE se répartissent en trois gammes :

- la gamme de proximité : 28 équipements
- la gamme intermédiaire : 37 équipements
- la gamme supérieure : 47 équipements

Le détail de la répartition des équipements par gamme est présenté en annexes n°6 (p. 172).

⁴⁸La hiérarchie urbaine : la taille des villes permet une organisation en systèmes et sous-systèmes (Paulet, 2009).

Tableau n°19: présentation des services de santé selon la gamme d'appartenance

	Services de santé - gamme proximité	Services de santé - gamme intermédiaire	Service de santé - gamme supérieure
Professions médicales	Médecins généra- listes		Médecins spécialistes
Professions paramédi- cales	Pharmaciens Kinésithérapeutes Infirmiers Dentistes	Sage-Femmes Psychologues	
Service de santé		Laboratoires d'ana- lyses médicales	Centres de Santé (CdS) Services d'urgences Maternités Services d'hospitalisa- tion à domicile (HAD) Maison de Santé Pluri- professionnelles (MSP)

3.2.1. L'INDICE DE GINI : UNE ANALYSE DE LA CONCENTRATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

L'indice de Gini est un indicateur de concentration : c'est une mesure statistique qui permet de rendre compte de la répartition d'une variable (salaires, revenus, patrimoine par exemple) au sein de la population. Cet outil de mesure est couramment utilisé - notamment pour le calcul d'inégalités de ressources - en raison de la simplicité de son interprétation : il varie de 0 (parfaite égalité) à 1 (inégalité totale).

Nous proposons de calculer les indices de Gini aux différents niveaux des régions, des départements, des intercommunalités et des communes. La variable utilisée est celle de la densité de la population : nos indices de Gini appréhendent ainsi la répartition des professionnels de santé à ces différentes échelles en fonction de la répartition de la population.

Le tableau n°20 présente ces indices de Gini, que l'on rapproche d'un autre outil de mesure, le P90/P10. Il est couramment utilisé pour décrire les inégalités de répartition. **Le P90/P10 est un outil utilisant les déciles des densité de professionnels de santé.** Il rapporte le 9ème décile (90% de la population ont une densité de professionnels de santé moins importante) au 1er décile (10% de la population ont une densité de professionnels de santé moins importante). Nous pouvons prendre un autre exemple pour mieux comprendre : lorsqu'on le calcule pour les inégalités de ressources, on rapporte le revenu des 10% de la population qui gagne le plus à celui des 10% de la population qui gagne le moins.

Tableau n°20 : Indice de Gini

	Indice de Gini (Niveau régional)	P90/P10 (régional)	Indice de Gini (Niveau départemental)	P90/P10 (départemental)	Indice de Gini (niveau intercommunal)	P90/P10 (intercommunal)	Indice de Gini (niveau communal)	P90/P10 (communal)
Services de santé de proximité								
Densité de médecins généralistes	0,07028	1,372	0,19765	1,677	0,18680	2,291	0,37368	5,063
Densité de pharmaciens	0,05507	1,278	0,09093	1,520	0,17992	2,246	0,36289	4,529
Densité de kinésithérapeutes	0,16777	2,278	0,22331	2,790	0,28639	3,881	0,41245	6,315
Densité d'infirmiers	0,27591	3,258	0,24872	3,227	0,26759	3,323	0,42443	6,654
Densité de dentistes	0,11683	1,719	0,15056	2,029	0,26282	3,937	0,36248	5,171
Services de santé intermédiaires								
Densité de psychologues	0,35702	7,834	0,39006	8,925	0,35247	5,314	0,48228	7,646
Densité de laboratoires d'analyse médicale	0,14862	1,638	0,18298	2,150	0,25924	3,240	0,39742	5,035
Densité de sages-femmes	0,09936	1,706	0,14114	1,952	0,27324	3,575	0,55111	10,017
Services de santé supérieurs								
Densité d'ophtalmologues	0,13717	1,825	0,24143	3,296	0,36227	5,330	0,55019	11,290
Densité de pédiatres	0,19472	2,580	0,33142	5,516	0,34230	5,007	0,56788	9,265
Densité de pneumologue	0,20067	2,315	0,29986	5,147	0,36008	5,302	0,61515	12,425
Densité gynécologues	0,16609	2,283	0,27083	3,304	0,34840	5,343	0,51254	8,414

Densité de dermatologues	0,15077	1,859	0,30253	3,823	0,31600	4,619	0,50570	7,144
Densité de cardiologues	0,15436	1,899	0,27236	3,216	0,40201	5,947	0,59381	11,759
Densité centres de santé	0,12270	1,833	0,28446	3,461	0,39401	5,973	0,56564	14,917
Densité d'urgences	0,15526	1,700	0,22196	2,683	0,42035	6,819	0,57322	14,722
Densité de gastroentérologues	0,10726	1,788	0,26512	4,619	0,35743	5,561	0,62302	12,748
Densité de radiologues	0,08812	1,420	0,25824	3,670	0,46498	11,799	0,61211	18,903
Densité de maternités	0,07777	1,208	0,18876	2,557	0,34901	4,942	0,56995	10,056
Densité de services de HAD	0,28607	3,409	0,32667	4,414	0,44663	8,247	0,64876	17,109
Densité de MSP	0,20714	3,229	0,34307	6,729	0,42429	9,350	0,48565	20,993

Source : DREES, 2018 ; INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

Encadré n°16 : Clefs de lecture du tableau n°20

Le tableau ci-dessus peut se lire en ligne si on souhaite comprendre le niveau de formation des inégalités pour une profession donnée. Par exemple, en ce qui concerne la densité de médecins généralistes, l'indice de Gini au niveau régional est de 0,07028 ; de 0,19765 au niveau départemental ; 0,18680 au niveau intercommunal et 0,37368 au niveau communal. Aussi, au niveau régional, les 10% de la population ayant une meilleure densité de médecins généralistes en ont une 1,372 fois supérieure à celle des 10% ayant une densité de médecins généralistes la plus faible; au niveau départemental, ce chiffre est de 1,677 fois plus élevé pour les 10% ayant une meilleure densité de médecins généralistes et au niveau communal, ce chiffre est de 5,068 fois plus élevé pour les 10% ayant une meilleure densité de médecins généralistes.

Le tableau peut aussi se lire en colonne pour comparer le niveau des inégalités, à un même niveau de gamme et entre professionnels de santé.

Par exemple, pour la gamme de santé de proximité, la densité communale des infirmiers (0,4244) est plus inégalement réparties que celle des dentistes (0,3625). Aussi, l'écart entre les 10% de la population ayant une plus forte densité en professionnels de santé et les 10% en ayant une moins bonne est plus fort pour les infirmiers (6,65) que pour les pharmacies (4,53).

Quelle que soit la gamme de services et l'équipement de santé étudié, **l'indice de Gini est plus grand à l'échelon départemental qu'à l'échelon régional**. Il est également **plus grand à l'échelon communal qu'à l'échelon départemental**. L'indice de Gini augmentant à mesure que les inégalités s'accroissent, il était attendu d'observer une valeur plus importante pour les échelons plus fins (commune par exemple). Plus on se rapproche de l'échelon communal et plus les inégalités augmentent puisque les indices de Gini des niveaux inférieurs englobent les indices des niveaux supérieurs correspondants. Ils sont donc mécaniquement plus élevés.

Le fait que l'indice de Gini (au niveau communal) des services de santé de proximité soit inférieur à celui des services intermédiaires, lui-même inférieur aux services supérieurs atteste d'une hiérarchie urbaine. La **localisation des professionnels de santé suit cette hiérarchie urbaine** : certains services, de par leur rareté et le besoin quotidien plus ou moins fort, vont être moins nombreux et se localiser dans les centres urbains. Ainsi, l'indice de Gini est plus fort pour les services supérieurs en raison d'une inégalité naturelle de répartition.

Nous pouvons confronter ces premiers résultats à ceux issus des travaux académiques sur la question. Selon Ono *et al.* (2014) chaque région française dispose, en moyenne, d'une densité de médecins pour 1 000 habitants légèrement supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE : les inégalités de dotations interrégionales relevées comptent aussi parmi les plus faibles. En revanche, les conditions d'accès aux soins sont très inégales à l'échelle intra régionale (Barlet et Collin, 2009) : en 2009 déjà, l'échelle intra régionale expliquait à hauteur de 90% les inégalités spatiales observables au niveau national d'accès aux médecins généralistes (ce taux est de 88% pour les pharmacies d'offices, 95% pour les ophtalmologues et 98% pour les établissements de santé de court séjour). Ces résultats ont été obtenus à l'aide de l'indice de Theil que nous allons désormais mobiliser.

3.2.2. UNE ANALYSE MULTI-ECHELLE DE LA CONCENTRATION SPATIALE ET DES INEGALITES TERRITORIALES PAR L'INDICE DE THEIL

Nous proposons maintenant de **mobiliser l'indice de Theil afin de pouvoir décomposer les inégalités d'accès aux soins en fonction de leur échelle de formation**. Cet indicateur nous permet en effet de décomposer les inégalités attribuables aux différents niveaux retenus pour l'analyse (ici : régions, départements, intercommunalités et communes).

Theil est un indicateur fréquemment utilisé afin d'appréhender la concentration spatiale des activités économiques. Il appartient à la même famille d'indicateurs que l'indice de Gini. Ces deux derniers ont pour principal atout la neutralisation de l'inégalité par rapport à une distribution de référence. Theil présente ainsi deux propriétés qui justifient que nous l'utilisions :

- Il permet d'**analyser la concentration de manière simultanée** à différentes échelles, ce qui le rend plus performant que les autres indicateurs de sa famille qui ne prennent en compte qu'une seule échelle spatiale ;
- Il repose sur le principe de la **décomposition en sous-groupes** qui permet de déterminer, parmi les échelles spatiales retenues, laquelle accentue l'inégalité observée.

Pour le calcul de cet indicateur, nous procédons ainsi que nous l'avons fait pour l'indice de Gini, c'est-à-dire en séparant les différentes gammes de services et équipements de santé selon la typologie de l'INSEE. En effet, les résultats attendus de cet indicateur diffèrent en fonction de la gamme des services (et du besoin de proximité éprouvé par la population) : les équipements de la gamme supérieure ont un indice de Theil communal supérieur à celui la gamme intermédiaire, lui-même plus élevé que pour la gamme de proximité. La confrontation entre les indicateurs doit donc se faire au sein de de chaque gamme mais pas entre les gammes, l'interprétation étant impossible.

3.2.2.1. L'INDICE DE THEIL DES SERVICES ET EQUIPEMENTS DE SANTE

Pour présenter l'indice de Theil, nous proposons deux types de tableaux pour chaque gamme de services.

Les tableaux n°21, 23 et 25 (présentés dans l'encadré n°17) indiquent les indices Theil au niveau régional, départemental et communal, avec les indices de proportions associés et pour les gammes de proximité, intermédiaires et supérieurs. Nous constatons un indicateur plus élevé pour les niveaux communaux, l'indicateur au niveau régional étant assez faible, ce qui permet de mettre en évidence le fait que : **quelle que soit la gamme de services**, les inégalités dans la localisation des professionnels de santé sont assez limitées entre les régions et les départements français. Ainsi, les **inégalités d'offre de soins semblent se former à l'échelle intra régionale et plus précisément, à l'échelle intra départementale**.

Les tableaux n°22, 24 et 26 (présentés dans l'encadré n°18) présentent la décomposition de l'indice de Theil communal ainsi que la part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales, selon les différentes gammes étudiées (proximité, intermédiaire et supérieure). L'indice de Theil au niveau communal se compose de l'indice de Theil interdépartemental auquel on ajoute l'indice de Theil intra départemental. Cette décomposition permet de mettre en évidence **des inégalités plus fortes à l'intérieur des départements qu'entre ces derniers**, quel que soit le niveau de la gamme de services. Selon le même principe, la part des disparités communales expliquées par des disparités départementales permet de mettre en avant le fait que, les inégalités de répartition des

services de santé au niveau communal, ne s'explique que peu par des inégalités supra communales (en l'occurrence les départements).

Ce constat peut être posé pour une grande partie des services et équipements étudiés, mais il faut reconnaître certaines exceptions : **kinésithérapeutes (gamme de proximité), infirmiers (gamme de proximité), psychologues (gamme intermédiaire) et ophtalmologues (gamme supérieure) qui présentent une part expliquée des disparités communales plus importante que les autres par des disparités départementales** (part supérieure ou égale à 20%). Notre analyse témoigne aussi d'une formation des inégalités de répartition plus en amont pour ces services et équipements. Nous ne pouvons pas, à ce stade, donner plus d'explications en ce qui concerne les kinésithérapeutes, les psychologues et les ophtalmologues. Ce résultat était en revanche attendu pour ce qui concerne les infirmiers : les différences d'APL aux infirmiers s'expliquent en grande partie par l'effet régional (cf. partie 3.1., p. 100).

Encadré n°17: Clefs de lecture des tableaux n°21, 23 et 25

Le tableau reprend les valeurs de l'indice de Theil à différents niveaux ainsi que les indices de proportion associés. Un indice de Theil égal à 0 pour le service ou équipement étudié signifie une répartition parfaitement égalitaire entre les communes. Plus la valeur de l'indice augmente et plus les inégalités sont grandes.

L'indice de Theil pour les dentistes au niveau communal est de 0.4009. L'indice de proportion est de 67%, ce qui signifie que les dentistes pourraient être réparties sur seulement 67% des communes françaises.

Encadré n°18: Clefs de lecture des tableaux n°22, 24 et 26

Le tableau décompose les valeurs de l'indice de Theil au niveau communal. Il permet de comprendre les inégalités qui existent entre les départements, et celles qui existent à l'intérieur des départements. On y observe également la part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales. Par exemple pour les pharmacies, 4% des inégalités communales s'expliquent en réalité par des inégalités départementales.

- Gamme de proximité de l'INSEE

Tableau n°21 : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme de proximité de la BPE

	Niveau régional	Indice de proportion associé	Niveau départemental	Indice de proportion associé	Niveau communal	Indice de proportion associé
Pharmacie	0.0035	100%	0.0116	98%	0.2926	75%
Médecin généraliste	0.0088	99%	0.0211	98%	0.3038	73%
Kinésithérapeute	0.0374	96%	0.0765	93%	0.3578	70%
Infirmier	0.0839	91%	0.1049	90%	0.3729	68%
Dentiste	0.0166	98%	0.0438	96%	0.4009	67%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Si les services de santé de la gamme de proximité (pharmacie, médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier et dentiste) ne semblent pas subir de fortes inégalités régionales et départementales, le passage au niveau communal est marqueur de fortes inégalités. En effet, une **forte augmentation de l'indice de Theil est observée entre le niveau régional/départemental et le niveau communal**. Cette tendance se confirme également en observant les indices de proportions associés. Si on prend le cas des médecins généralistes, l'ensemble de ces professionnels pourraient être répartis sur 99% des régions françaises, signifiant alors des inégalités très faibles. Pourtant, au niveau communal, les médecins généralistes français pourraient être répartis sur seulement 73% des communes françaises. Dans ce cas de figure, plus d'un quart des communes ne seraient alors pas dotées de médecins généralistes.

Compte tenu des restrictions à l'installation observées pour les pharmaciens et de la liberté d'installation dont disposent les médecins généralistes (partie 1.3., p. 47), nous nous interrogeons sur l'impact que cela pourrait avoir sur la répartition des professionnels de santé. La densité des médecins généralistes au niveau communal est légèrement plus inégalitaire (0,3038) que celle des pharmaciens (0,2926). Ainsi, si les pharmacies semblent mieux réparties que les médecins généralistes au niveau communal, nous pouvons nous questionner sur l'impact de ces restrictions sur la répartition : est-ce l'instauration des restrictions qui a permis une meilleure répartition des pharmaciens au niveau communal ? Et si oui, dans quelle mesure la mise en place de conditions à l'installation des professionnels permet d'agir sur la répartition ?

Les inégalités de répartition de la densité des pharmacies, des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des dentistes sont faibles à l'échelle régionale. En revanche, la densité des infirmiers est marquée par de plus fortes divergences (0,0839). L'échelle départementale révèle quant à elle des inégalités relativement marquées pour les kinésithérapeutes (et toujours pour les infirmiers). Pour le cas des infirmiers, nous pouvons rappeler que ces différences correspondent à une divergence déjà observée lors de l'étude des éléments explicatifs des différences d'APL au niveau communal (la localisation des infirmiers se caractérise par un effet régional fort).

Au-delà du constat des inégalités bien présentes dans la répartition des professionnels de santé de la gamme de proximité, l'idée forte à retenir est celle que **la formation des inégalités se fait à l'échelle communale ou du moins, à l'échelle intra départementale pour les pharmacies, les médecins généralistes et les dentistes. Les inégalités semblent se former dès l'échelle régionale pour les infirmiers et dès l'échelle départementale pour les kinésithérapeutes.**

Tableau n°22 : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme de proximité de la BPE

	Theil interdépartemental	Theil intra départemental	Part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales
Pharmacie	0.0116	0.281	4%
Médecin généraliste	0.0211	0.2827	7%
Kinésithérapeute	0.0765	0.2813	21%
Infirmier	0.1049	0.268	28%
Dentiste	0.0438	0.3571	12%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

L'indice de Theil inter et intra départemental et la part des disparités communales expliquées par des disparités départementales permettent de conforter l'idée selon laquelle la formation des inégalités se fait à majoritairement à une échelle infra départementale. Toujours en prenant l'exemple des médecins généralistes, les disparités communales ne sont expliquées qu'à 7% par des inégalités départementales, ce qui signifie que 93% des inégalités communales se forment à l'intérieur même des départements. **Cette tendance est observée pour tous les professionnels de santé de la gamme de proximité mais elle est moins forte pour les infirmiers et les kinésithérapeutes, dont les disparités communes sont respectivement expliquées à 28% et 21% par les disparités départementales.**

L'indice de Theil inter et intra départemental ainsi que la part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales permettent de mettre en avant les mêmes éléments que les indices de Theil aux différents niveaux :

- Pour les **infirmiers** : la formation des inégalités se fait majoritairement à l'**échelle régionale**
- Pour les **kinésithérapeutes** : la formation des inégalités se fait majoritairement à l'**échelle départementale**
- Pour les **médecins généralistes, les pharmaciens et les dentistes** : la formation des inégalités se fait majoritairement à l'**échelle communale**.

- Gamme intermédiaire de l'INSEE

Tableau n°23 : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme intermédiaire de la BPE

	Niveau régional	Indice de proportion associé	Niveau départemental	Indice de proportion associé	Niveau communal	Indice de proportion associé
Psychologue	0.1498	86%	0.2428	78%	0.6139	54%
Laboratoire d'analyse médicale	0.0377	96%	0.0588	94%	0.6940	50%
Sage-femme	0.0119	99%	0.0251	98%	0.8102	44%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Comme nous l'avons observé avec les indices de Gini, les indices de Theil et indices de proportion témoignent d'**inégalités plus fortes pour les services de santé intermédiaires que pour les services de santé de proximité**. Ce constat était attendu et correspond au principe de la hiérarchie urbaine.

Les mécanismes observés pour les services de santé de proximité sont les mêmes que pour les services de santé intermédiaire. L'échelle de formation des inégalités semble se trouver à une échelle infra départementale.

De manière plus marquée que pour les services de santé de proximité, les services de santé de la gamme intermédiaire sont à l'origine de fortes inégalités de répartition au niveau communal. L'ensemble des sage-femmes pourraient se retrouver dans seulement 44% des communes françaises, ce chiffre est de 50% pour les laboratoires d'analyse médicale et de 54% pour les psychologues.

Les inégalités aux niveaux régional et départemental sont assez faibles pour les sage-femmes (respectivement 0,119 et 0,0251) et les laboratoires d'analyse (respectivement 0,0377 et 0,0588). Comme pour un certain nombre de services de proximité (pharmaciens, médecins généralistes et dentistes), les inégalités de répartition des laboratoires d'analyse médicale et des sage-femmes semblent davantage se former à l'échelle communale.

La répartition des psychologues semble être marquée par des inégalités déjà importantes au niveau régional : l'ensemble des psychologues pourraient être réparties sur seulement 86% des régions françaises.

Tableau n°24 : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme intermédiaire de la BPE

	Theil interdépartemental	Theil intra départemental	Part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales
Psychologue	0.2428	0.3711	39.55%
Laboratoire d'analyse médicale	0.0588	0.6352	8.47%
Sage-femme	0.0251	0.7851	3.1%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

La part des inégalités communale expliquée par les inégalités départementales est assez faible pour les laboratoires d'analyse (8,5%) et pour les sage-femmes (3,1%). Ce résultat correspond à une formation des inégalités à l'échelle intra départementale pour ces professionnels.

En revanche, les psychologues semblent se différencier des autres professionnels de santé puisque les disparités communales sont expliquées à hauteur de 39,55% par des disparités départementales. Ce constat légitime le premier constat fait sur la formation régionale des inégalités de répartition des psychologues.

- Gamme supérieure de l'INSEE

Tableau n°25 : Indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme supérieure de la BPE (INSEE)

	Niveau régional	Indice de proportion associé	Niveau départemental	Indice de proportion associé	Niveau communal	Indice de proportion au niveau associé
Ophthalmologue	0.0236	98%	0.1738	84%	1.0288	36%
Pédiatre	0.0634	94%	0.1670	85%	1.1077	33%
Pneumologue	0.0495	95%	0.1320	88%	1.5152	22%
Gynécologue	0.0480	95%	0.1446	87%	1.0601	35%
Dermatologue	0.0362	96%	0.1738	84%	1.0494	35%
Cardiologue	0.0313	97%	0.0970	91%	1.1542	31%
Centre de santé	0.0263	97%	0.1300	87%	1.1744	31%
Urgence	0.0215	98%	0.0660	94%	1.6181	20%
Gastro Entérologue	0.0117	99%	0.0796	92%	1.3540	26%
Radiologue	0.0096	99%	0.0716	93%	1.1981	30%
Maternité	0.0036	100%	0.0326	97%	1.6572	19%
HAD	0.1222	79%	0.2398	79%	2.2932	10%
MSP	0.0874	88%	0.2291	79%	2.4211	8%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Les services de santé supérieurs présentent des inégalités très fortes au niveau communal.

Les inégalités au niveau régional sont faibles, hormis pour les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) pour lesquels les inégalités semblent se former dès le niveau régional : ils pourraient se localiser dans seulement 79% des régions françaises.

Au niveau départemental, nous observons des inégalités plus fortes. Notamment les centres de santé, les ophtalmologues, les dermatologues, les pédiatres, les pneumologues, les gynécologues sont autant de structures et de professionnels de santé pour lesquels les inégalités apparaissent au niveau départemental.

Enfin, la formation des inégalités de répartition se fait à un niveau communal pour les cardiologues, les urgences, les gastroentérologues, les radiologues et les maternités.

Tableau n°26 : Décomposition de l'indice de Theil pour les équipements de santé de la gamme supérieure de la BPE

	Theil interdépartemental	Theil intra départemental	Part des disparités communales qui s'expliquent par des disparités départementales
Ophthalmologue	0.1738	0.855	20%
Pédiatre	0.1670	0.9407	15%
Pneumologue	0.1320	1.0232	9%
Gynécologue	0.1446	0.9155	14%
Dermatologue	0.1738	0.8756	17%
Cardiologue	0.0970	1.0572	8%
Centre de santé	0.1300	1.0444	11%
Urgence	0.0660	1.5521	4%
Gastro Entérologue	0.0796	1.2744	6%
Radiologue	0.0716	1.1265	6%
Maternité	0.0326	1.6246	2%
HAD	0.2398	2.0534	10%
MSP	0.2291	2.192	9%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

L'observation des indices de Theil inter et intra départemental ainsi que la part des disparités communales expliquées par des disparités départementales mettent en évidence les mêmes mécanismes de formation des inégalités.

A ce sujet, nous pouvons noter que **si la formation des inégalités de répartition des services de santé de proximité et intermédiaire se fait en grande partie à l'échelle communale (quelques exceptions sont tout de même à prendre en compte : infirmiers, kinésithérapeutes et psychologues), ce constat ne se vérifie pas pour les services de santé supérieurs. Les inégalités de ces derniers se forment en grande partie à l'échelle départementale.**

Les résultats issus de l'indice de Gini sont confirmés par ceux de l'indice de Theil, **les inégalités de répartition de l'offre de soins pour les professionnels de santé de la gamme supérieure sont plus élevées que ceux des professionnels de santé des deux gammes inférieurs (proximité et intermédiaire).** En ce qui concerne l'échelle de formation des inégalités, celle-ci reste inchangée : les inégalités se forment en grande partie à l'échelle départementale et infra départementale.

- Services et équipements d'enseignement

Les indices de Theil nous permettent d'identifier des inégalités bien présentes dans la répartition de la densité des services de santé cependant, ce constat nous conduit à nous poser de nouvelles interrogations. Si les inégalités sont bien présentes, nous souhaitons les positionner par rapport aux autres services et équipements et à gamme identique : les services de santé de la gamme de proximité sont-ils répartis de la même manière que les autres services et équipements de la même gamme (idem pour la gamme intermédiaire et supérieure) ? Sont-ils répartis de manière plus ou moins hétérogène ?

Ces questions nous semblent être des pistes qui permettront à la fois de mieux comprendre les inégalités de répartition de l'offre de soins mais aussi de comprendre comment et en quoi elles diffèrent ou non des autres services, équipements ou professions.

Nous proposons de commencer à nous intéresser à cette question en choisissant un service par gamme (proximité, intermédiaire et supérieure) que nous pourrions comparer aux résultats obtenus pour les services de santé. Pour cela, nous faisons le choix de prendre les écoles élémentaires pour la gamme de proximité, les collèges pour la gamme intermédiaire et les lycées pour la gamme supérieure. Ce choix est arbitraire de notre part mais il nous semble cohérent pour une raison principale : puisque nous nous posons la question de la possible influence des restrictions à l'installation sur les inégalités de répartition (entre les pharmaciens et les médecins généralistes), les établissements éducatifs peuvent nous permettre de commencer à envisager ce questionnement puisqu'ils sont aussi soumis à la planification administrative. En revanche, nous proposons ici les prémices d'une analyse que nous aimerions mener, en ce sens, nous n'envisageons pas pouvoir apporter des éléments plus précis aux deux interrogations posées.

C'est ce que nous proposons dans l'encadré n°19.

Formation des inégalités pour les services et équipements de l'enseignement

Tableau n°27 : Indice de Theil pour les équipements de l'enseignement

	Niveau régional	Indice de proportion associé	Niveau départemental	Indice de proportion associé	Niveau communal	Indice de proportion associé
Ecole élémentaire (gamme de proximité)	0,0786	92,44%	0,1132	89,3%	0,3402	71,17%
Collège (gamme intermédiaire)	0,4446	64,11%	0,4806	61,84%	0,6605	51,66%
Lycée (gamme supérieure)	0,0483	95,28%	0,0669	93,52%	0,9015	40,59%

Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD

Au niveau communal, la même logique est observée (tableau n°27): les services de la gamme supérieure (lycées ; 0,9015) sont plus inégalement répartis que les services de la gamme intermédiaire (collèges ; 0,6605), eux-mêmes moins bien répartis que les services de la gamme de proximité (écoles élémentaires ; 0,3402). Ce constat, bien que identique aux services et équipements de santé, nous semble logique : les inégalités sont plus grandes pour les services et équipements des gammes supérieures*.

La formation des disparités dans la répartition de ces équipements semble se trouver entre l'échelle départementale et l'échelle communale pour les écoles élémentaires et, de manière plus forte encore pour les lycées. Les inégalités de répartition des collèges est déjà élevée au niveau régional.

Concernant le niveau des inégalités des services de santé par rapport aux autres services et équipements étudiés (enseignement), elles semblent être comparables, à gamme de service constante. Les écoles élémentaires peuvent être regroupées dans 71% des communes françaises, ce chiffre varie de 67% (dentistes) à 75% (pharmacies) pour les services de santé de proximité. Les collèges pourraient être regroupés dans 52% des communes françaises, ce chiffre varie de 44% (sage-femmes) à 54% (psychologues) pour les services de santé de la gamme intermédiaire. Enfin, les lycées pourraient être regroupés dans 41% des communes françaises alors que ce chiffre va de 8% (maisons de santé pluriprofessionnelles) à 35% (dermatologues et cardiologues). De cette façon, les services et équipements de santé ne semblent pas plus inégalement répartis que les services et équipements de manière générale, ce qui nous incite à nous questionner sur le lien qu'il pourrait y avoir entre le développement territorial (et l'offre générale de services et équipement) et l'offre de santé (nous discuterons de ce point en partie 4.1., p. 143).

* En revanche, cette "hiérarchie" est modifiée aux niveaux départemental et régional : pour ces deux derniers, les lycées (respectivement 0,0669 et 0,4446) sont mieux répartis que les écoles élémentaires (respectivement 0,1132 et 0,0786) et que les collèges (respectivement 0,4806 et 0,4446). A ce stade, nous ne pouvons pas en dire plus sur ces résultats. Un approfondissement sera nécessaire et montre l'intérêt de se pencher sur d'autres services et équipements pour compléter notre analyse des services de santé.

Ainsi, les services de santé et les équipements éducatifs n'ont pas des comportements totalement semblables dans la formation de leurs inégalités. Cependant, on observe que le niveau des inégalités semble être le même quel que soit le domaine du service et/ou de l'équipement étudié.

Ainsi, le calcul de l'indice de Theil nous permet de mieux appréhender le niveau de formation des inégalités de répartition des services et équipements de santé sur le territoire français et donc, l'échelle pertinente d'analyse de la déprise médicale. S'il semblerait que ces dernières ne se forment que peu au niveau régional et de façon limitée au niveau départemental, au profit du niveau communal, certains services et équipements peuvent avoir des mécanismes de formation des inégalités différents, avec une plus ou moins grande importance des deux premières échelles.

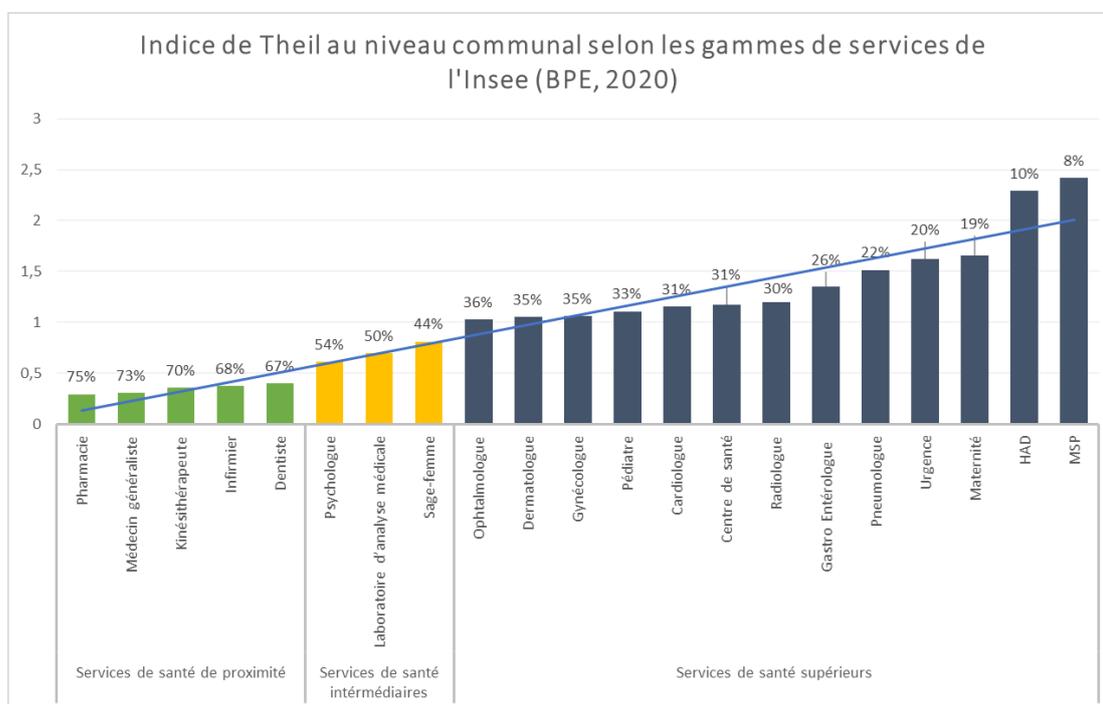
3.2.2.2. L'INDICE DE THEIL : UNE ORGANISATION SOUS FORME DE HIERARCHIE URBAINE DES SERVICES ET EQUIPEMENTS DE SANTE

Le graphique n°27 présente la valeur des indices de Theil au niveau communal en fonction des services et équipements et de leur gamme associée. Le principal élément qui ressort de l'observation du graphique est que **l'on peut hiérarchiser les services et équipements en fonction des trois gammes de l'INSEE grâce à la valeur de l'indice de Theil au niveau communal : l'indice est plus grand lorsque l'on passe de la gamme de proximité à la gamme intermédiaire, et lorsque l'on passe de la gamme intermédiaire à la gamme supérieure.**

Ce constat est en cohérence avec les théories de **hiérarchie urbaine** et notamment avec la logique de Christaller (1933). Le graphique n°28 représente cette théorie. Il existe des centres de différents niveaux (1, 2 et 3). Chacun de ces niveaux est déterminé en fonction des services et équipements qui s'y trouvent. Par exemple, dans notre cas, nous pouvons remplacer les centres de niveau 3 par les pôles de services supérieurs (là où se trouvent les services de la gamme supérieure mais aussi ceux de la gamme intermédiaire et de proximité), les centres de niveau 2 par les pôles de services intermédiaires (là où se trouvent les services de la gamme intermédiaire et de proximité) et les centres de niveau 1 par les pôles de services de proximité (là où se trouvent les services de la gamme de proximité uniquement). En raison d'hypothèses⁴⁹ posées par le modèle, la zone de chalandise est de plus en plus faible à mesure que l'on descend dans la gamme de services de l'INSEE (de la gamme supérieure à la gamme de proximité). Naturellement, on observe plus de services de proximité que de services intermédiaires et plus de services intermédiaires que de services supérieurs. Cette logique est identique pour les différents niveaux de centralité. C'est cette idée que l'on retrouve dans le graphique n°27 : les inégalités, observables par l'indice de Theil, sont plus importantes pour les services de santé de la gamme supérieure que pour les services de santé de la gamme intermédiaires (et de même pour les services intermédiaires et les services de proximité) en raison de leur appartenance à des centres différents qui sont dotés dans certains gammes. Par exemple, étant donné que les services de santé de la gamme supérieurs ne se trouvent que dans les centres de niveau 3 (moins nombreux que les centres de niveau 1 et 2) alors que les services de santé de la gamme de proximité se trouvent dans les centres de niveau 1 mais aussi 2 et 3, leur répartition est naturellement plus égalitaire.

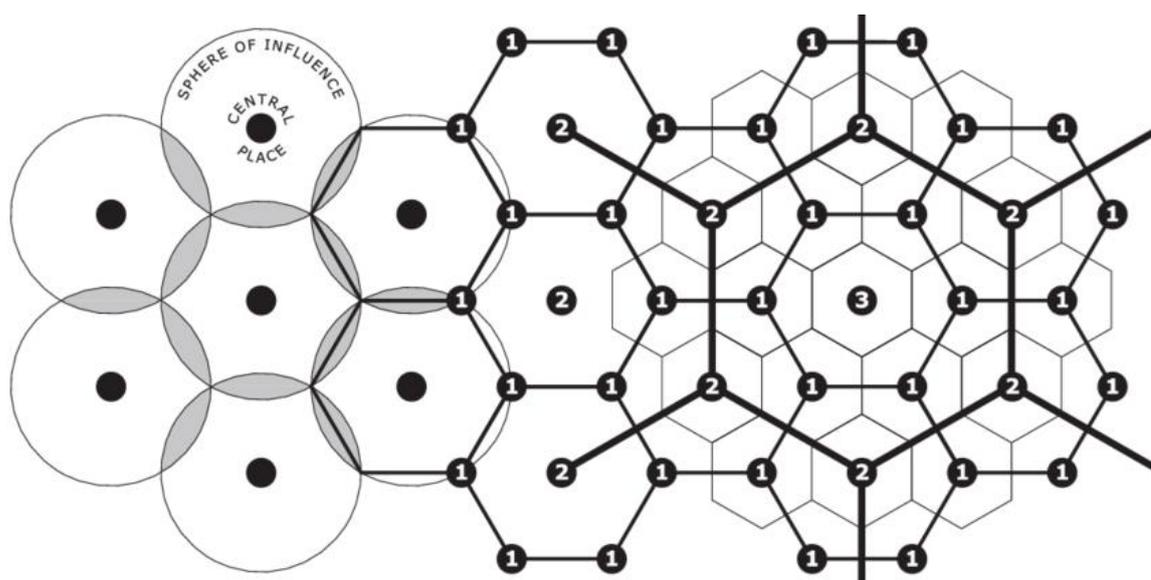
⁴⁹Les hypothèses liées au modèle de Christaller sont les suivantes : 1) existence d'un espace homogène ; 2) rationalité des agents (maximisation du profit ou de l'utilité) ; 3) les prix sont fixés et 4) les coûts de transport sont fonction de la distance.

Graphique n°27 : Indice de Theil et indice de proportion pour les différents services et équipements de santé, selon leur gamme d'appartenance (BPE, 2020).



Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Graphique n°28 : Organisation spatiale des activités selon le modèle de Christaller



Source : Harland, R., 2011, The dimensions of Graphic Design and its spheres of influence, Design Issues

Alors que les premiers éléments (explication des différences observées pour les APL communaux) nous montrent un effet régional qui domine sur l'effet densité et sur l'effet taille, l'analyse de l'indice de Theil tend à montrer des **inégalités entre les régions finalement assez faibles**, les principales différences se trouvant à l'intérieur même de ces dernières. Des différences départementales peuvent également être observées, c'est ce que nous allons essayer de comprendre par la suite.

3.2.3. LES QUOTIENTS DE LOCALISATION : UNE TENTATIVE DE CARACTERISATION DE LA DIVERSITE DE L'OFFRE MEDICALE SUR LE TERRITOIRES

Afin de comprendre la composition de la démographie des professionnels de santé à l'échelle départementale et dans le but de commencer à appréhender la notion de coordination des soins, nous allons mobiliser un nouvel indicateur : le quotient de localisation (encadré n°20).

Encadré n°20 : Le quotient de localisation

Le quotient de localisation

$$QL_{i,k} = \frac{x_{k,i}}{x_k} * 100$$

Où $x_{k,i} = \frac{X_{i,k}}{X_i}$; $x_k = \frac{X_k}{X_T}$; $X_{i,k}$ est la densité de professionnels de santé k dans le département i ; X_i est la densité de professionnels de santé dans le département i ; X_k est la densité de professionnels de santé k en France ; X_T est la densité de professionnels de santé en France.

Le quotient de localisation s'interprète de la manière suivante :

- $QL_{i,k} > 100$: spécialisation départementale

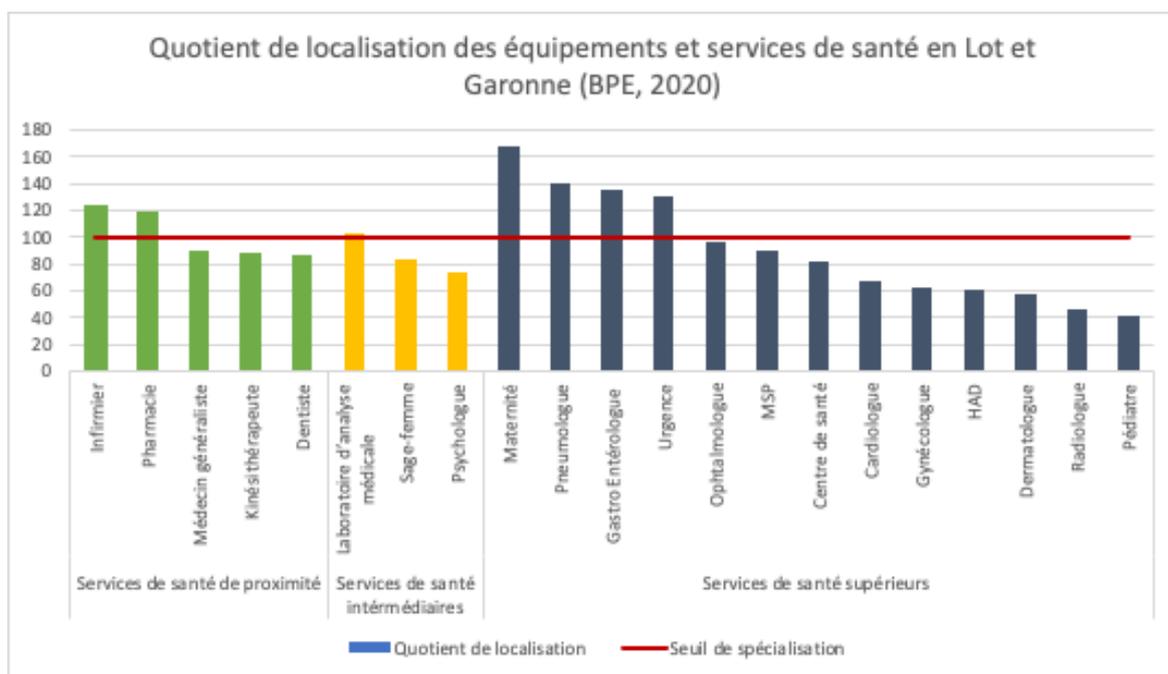
Selon la méthode présentée dans l'encadré ci-dessus, nous avons calculé les quotients de localisation par professionnels de santé et par départements.

Dans le cadre de l'étude exploratoire menée à Val de Garonne Agglomération, nous proposons de prendre pour exemple le cas du département du Lot-et-Garonne (graphique n°29). Les résultats des quotients de localisation obtenus mettent en avant une surreprésentation de certaines densités de professionnels de santé dans ce département. On y retrouve en effet une surreprésentation des densités d'infirmiers libéraux, de pharmacies, de maternités, de pneumologues, de gastro-entérologues et d'urgences. Celles-ci peuvent être expliquées par des facteurs différents. La densité des infirmiers et des pharmacies peut être plus élevée dans le département en raison du caractère rural de ce territoire et des difficultés d'accès aux soins qui y sont rencontrées. Dans les milieux où une insuffisance d'accès aux soins médicaux est observée, l'hypothèse d'un besoin plus important d'accès aux infirmiers libéraux et pharmacies peut être posée, afin de contrebalancer la difficulté rencontrée. D'un autre côté nous nous questionnons sur la surreprésentation des maternités, des pneumologues, des urgences et des gastroentérologues. Ces dernières pourraient être le résultat d'un effet statistique et non de plus de présence de ces services sur le territoire. Cet effet statistique pourrait s'expliquer par le fait que tous les départements français sont dotés d'un nombre presque similaire de ces équipements alors

que les inégalités se trouvent sur d'autres services (présence de médecins généralistes, de kinésithérapeutes, de dentistes,...). Ainsi la faiblesse du nombre de certains services observée dans le département, mis en relation avec un nombre équivalent des services étudiés, a tendance à créer une surreprésentation naturelle de ces derniers sur les autres pour le territoire du Lot-et-Garonne. Pour autant, nous ne pouvons dire que le département étudié est mieux doté que les autres dans les services tels que les maternités, pneumologues, gastro-entérologues et urgences.

Même si ces résultats sont à prendre avec prudence puisque des biais statistiques semblent être à l'œuvre, nous pouvons noter que les spécialistes ayant été signalés comme le plus manquant par la population du VGA lors de l'enquête réalisée (graphique n°12, partie 2.1.4.2., p. 78) sont aussi ceux qui sont sous représentés dans le département du Lot-et-Garonne (graphique n°29). Les gynécologues, les ophtalmologues, les dermatologues, les cardiologues, les radiologues, les dentistes et les gastroentérologues sont toutes les spécialisations posant des difficultés pour la population du VGA : ces dernières sont sous-représentées dans le département, à l'exception des gastroentérologues. Cette analyse de sur et des sous représentations semble donc bien retracer le ressenti de la population, que nous avons capté lors de l'enquête.

Graphique n°29 : Quotient de localisation des équipements et services de santé en Lot-et-Garonne (BPE, 2020)

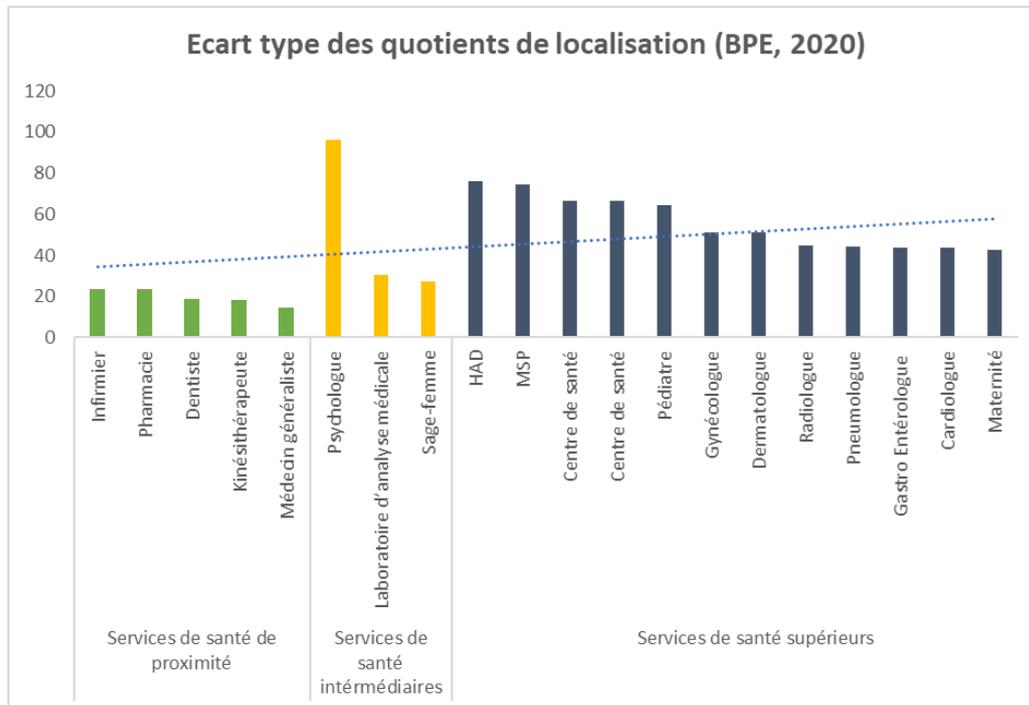


Source : BPE, 2020 ; Traitement : CBD.

Le graphique n°30 montre les écarts types observés pour les valeurs de chaque professionnel de santé en fonction des départements. On peut y observer une tendance croissante des écarts types à mesure que l'on passe d'une gamme de services à une autre (en partant de la gamme de proximité). Ainsi, **l'écart-type des professionnels de santé de proximité est moins important que celui des professionnels de santé intermédiaire, qui est lui-même moins important que celui des professionnels de santé de la gamme supérieure**. Ces résultats sont cohérents avec la formation des inégalités observées avec l'indice de Theil et la logique de Christaller observée. En effet, les services de santé de proximité étant mieux répartis entre les départements et sur le territoire, le quotient de localisation varie naturellement moins entre les départements, et donc son écart type est limité. En revanche, les services de santé de la gamme supérieure étant centralisés autour de pôles urbains et donc, moins bien réparties sur le territoire, leur quotient de localisation varie naturellement de façon plus importante et l'écart-

type associé est plus grand. Il est à noter que les quotients de localisation des psychologues ont un écart-type associé très important (surtout pour un service de la gamme intermédiaire), l'explication est probablement à trouver dans d'autres éléments que ceux de l'organisation des professionnels de santé selon une logique de hiérarchie urbaine.

Graphique n°30 : Écart type liés aux quotients de localisation des professionnels de santé par département



Source : BPE, 2020 - Traitement : CBD.

Après avoir mobilisé différents outils d'analyse des inégalités et de concentration, l'idée importante que nous pouvons retenir et qui devrait nous guider dans la suite de nos recherches est celle que **les inégalités de répartition de l'offre de soins se forment indéniablement à un niveau infra départemental**. Ce constat est porté par l'observation de fortes différences communales et de différences départementales beaucoup plus faibles, pour la quasi-totalité des professionnels de santé étudiés. Ainsi, l'échelle communale sera à privilégier par la suite mais d'autres éléments nécessitent d'être mobilisés, comme ceux qui concernent les caractéristiques territoriales des communes et que nous avons déjà mobilisé pour tenter d'expliquer les différences d'APL entre les communes françaises.

3.2.4. L'EXPLICATION DES DIFFERENCES DE DENSITE MEDICALE : OBSERVATION DES EFFETS REGIONAUX, DENSITE, TAILLE ET AAV SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Au vu des éléments présentés, nous privilégions l'analyse des communes, en essayant de comprendre ce qui explique leurs différences de dotation en professionnels de santé. Pour cela, nous mobilisons la même méthodologie que celle développée dans le point 3.1. (p. 100). Ainsi, le tableau n°28 présente la part des différences de densités médicales qui sont expliquées par un effet régional, un effet taille, un effet AAV et un effet densité. Une présentation des effets pris simultanément est également proposée.

3.2.4.1. LA DEMARCHE D'ANALYSE

Dans notre démarche d'analyse, nous cherchons à **identifier la part des inégalités de répartition de la densité des services et équipements de santé qui peuvent s'expliquer par certaines caractéristiques des territoires.**

Comme en partie 3.1. (p. 100), nous interrogeons quatre types d'effets susceptibles d'agir sur l'offre de soins présente sur un territoire : l'effet régional, l'effet densité, l'effet taille et l'effet AAV.

- Les variables utilisées pour l'analyse

Les quatre effets précités (variables explicatives) sont analysés pour les densités de professionnels de santé (variables dépendantes).

Densités en services de santé : médecins généralistes, pharmacies, kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes, psychologues, laboratoires d'analyse médicale, sage-femmes, ophtalmologues, pédiatres, pneumologues, gynécologues, dermatologues, cardiologues, centres de santé, urgences, gastro entérologues, radiologues, maternités, services d'hospitalisation à domicile, maisons de santé pluriprofessionnelles. Toutes ces données proviennent de la BPE 2020 (INSEE) et du recensement de la population de 2017 (INSEE).

Nous ajoutons également les **densités aux services et équipement du domaine de l'enseignement** (écoles élémentaires, collèges et lycées) sur la base de ce que nous avons proposé pour l'indice de Theil (encadré n°19, 3.2.2.1., p. 129). Les résultats seront présentés dans le tableau n°28 et discutés dans l'encadré n°22.

Pour expliquer les différences de densité à l'échelle communale, nous mobilisons plusieurs variables : région (1), taille (2), grille communale de densité (3 et 4), aire d'attraction des villes (AAV) (5) et catégorie de la commune au sein de l'AAV (6). Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro des six premières colonnes. Les quatre dernières colonnes croisant ces variables, nous indiquons entre parenthèses les conjonctions des colonnes.

- La première variable, que nous appelons "région (1⁵⁰)", attribue à chaque commune sa région d'appartenance.
- La deuxième variable, que nous appelons "taille (2)", renvoie à la taille de la population communale en fonction du recensement de 2017 (données de l'INSEE).

⁵⁰Les numéros entre parenthèses renvoient à la colonne de la ou des variable(s) mobilisée(s).

- Les troisième et quatrième variables, que nous appelons “densité - 4 (3)” et “densité - 7 (4)”, correspondent à la classification de la commune selon la grille communale de densité de l’INSEE. Deux versions de cette grille sont proposées, une à 4 et l’autre à 7 catégories. La grille communale à 4 catégories propose les distinctions suivantes : communes densément peuplées, communes de densité intermédiaire, communes peu denses et communes très peu denses. L’INSEE a élaboré en 2022 une nouvelle grille communale de densité admettant 7 catégories au lieu de 4. La grille communale à 7 catégories propose les distinctions suivantes : grands centres urbains, centres urbains intermédiaires, petites villes, ceintures urbaines, bourgs ruraux, rural à habitat dispersé, rural à habitat très dispersé.
- La cinquième variable, que nous appelons “AAV (5)”, correspond à l’appartenance de la commune à une AAV (Aire d’Attraction des Villes) et à la taille de cette AAV. Une AAV permet de définir l’étendue de l’influence de la commune dite “commune-centre” (qui est aussi la commune la plus densément peuplée) sur les communes environnantes. Ainsi, une aire est “*un ensemble de communes, d’un seul tenant et sans enclave, constitué d’un pôle de population et d’emploi, et d’une couronne qui regroupe les communes dont au moins 15% des actifs travaillent dans le pôle*” (définition de l’INSEE, 2021). L’INSEE définit des catégories d’appartenance à une aire d’attraction des villes (AAV) pour chaque commune française au 1er janvier 2021 selon le recensement de la population de 2017. Ainsi, les communes peuvent être : hors AAV, dans une aire de moins de 50.000 habitants, dans une aire de 50.000 à moins de 200.000 habitants, dans une aire de 200.000 à moins de 700.000 habitants, dans une aire de plus de 700.000 habitants (hors Paris) ou encore dans l’aire de Paris.
- Enfin, la sixième variable, que nous appelons “catégorie commune (6)” correspond à la classification de la commune et à son positionnement au sein de l’AAV. A l’occasion du zonage en AAV, l’INSEE catégorise les communes à l’intérieur de ce premier zonage. Ainsi, les communes peuvent être : des communes-centres, d’autres communes du pôle principal, des communes d’un pôle secondaire, des communes de la couronne ou des communes hors d’attraction des pôles.

L’encadré ci-dessous n°21 précise les estimations économétriques utilisées pour l’analyse et donne quelques clefs de lecture du tableau des résultats présentés dans le tableau 28, résultats que nous interprétons par la suite.

Encadré n°21 : Méthodologie et clefs de lecture du tableau n°28

Les modèles économétriques estimés sont des régressions linéaires (méthode OLS) où les variables dépendantes sont quantitatives continues (densités médicales). Les densités ne suivant pas une loi normale, elles ont toutes été transformées en logarithme. Les variables explicatives correspondent aux effets que nous cherchons à tester : région, taille, grille communale de densité, aire d'attraction des villes (AAV) et catégorie de la commune au sein de l'AAV. Toutes ces variables sont qualitatives à l'exception de la taille qui correspond au logarithme de la population (variable quantitative continue transformée en logarithme pour la rapprocher d'une loi normale). Les variables qualitatives ont été transformées en variables quantitatives discrètes pour la réalisation des régressions.

Les résultats proposés n'ont été calculés que pour les communes disposant au moins d'un professionnel de santé. Toutes les communes ne disposant d'aucun professionnel de santé ne sont pas prises en compte pour cette analyse.

Le tableau reprend les valeurs du R2 ajusté des modèles économétriques estimés (ce que nous appelons "la part expliquée"). C'est le rapport entre la variance expliquée par le modèle et la variance totale. Il est compris entre 0% et 100%. Une valeur de 20% signifie que la variable testée (par exemple l'effet taille) explique 20% des différences entre les communes de la variable à expliquer.

Par exemple, les différences de densité des médecins généralistes au niveau communal sont expliquées à 13,18% par un effet régional, à 18,24% par un effet taille, à 1,61% par un effet densité (selon la grille communale de densité à 4 niveaux), à 2,08% par un effet densité (selon la grille communale de densité à 7 niveaux), 12,73% par un effet AAV, 13,34% par la catégorisation de la place de la commune au sein de l'AAV, à 19,21% par un effet simultanée de l'AAV et de la catégorisation de la place de la commune au sein de l'AAV, à 14,36% par un effet densité pris simultanément avec l'effet AAV, à 16,48% par un effet combiné de densité, AAV et régional et à 21,10% par les effets régional, AAV et catégorisation de la place de la commune au sein de l'AAV.

Tableau n°28: Part des différences de densités médicales expliquées par les effets taille, région, AAV et densité

	Région (1)	Taille (2)	Densité-4 (3)	Densité-7 (4)	AAV (5)	Catégorie commune (6)	AAV-Catégorie commune (5)+(6)	Densité-AAV (4)+(5)	Densité-AAV-Région (1)+(4)+(5)	AAV-Région-catégorie commune (1)+(5)+(6)
Services de santé de proximité										
Densité de médecins généralistes	13,18%	18,24%	1,61%	2,08%	12,73%	13,34%	19,21%	14,36%	16,48%	21,10%
Densité de pharmaciens	12,61%	55,25%	16,36%	18,43%	24,70%	19,10%	27,18%	28,43%	32,84%	30,95%
Densité de kinésithérapeutes	21,43%	16,77%	0,46%	0,31%	17,14%	8,93%	21,23%	17,77%	24,54%	27,55%
Densité d'infirmiers	43,95%	26,36%	14,07%	14,47%	31,49%	19,87%	34,22%	32,46%	50,40%	50,84%
Densité de dentistes	9,32%	11,74%	0,49%	1,79%	4,86%	14,46%	15,73%	6,28%	11,25%	19,86%
Services de santé intermédiaires										
Densité de psychologues	5,37%	40,45%	2,74%	2,83%	3,83%	12,01%	21,89%	6,12%	11,17%	26,12%
Densité de laboratoires d'analyse médicale	20,13%	64,24%	24,34%	27,92%	17,62%	18,45%	27,92%	31,88%	42,16%	35,78%
Densité de sage-femmes	13,98%	68,81%	29,08%	30,93%	15,82%	22,88%	28,38%	32,66%	35,93%	31,95%
Services de santé supérieurs										
Densité d'ophtalmologues	11,69%	36,91%	6,85%	7,72%	11,00%	24,08%	24,54%	13,62%	14,61%	26,04%
Densité de pédiatres	3,33%	46,00%	1,59%	5,16%	4,88%	3,59%	6,83%	8,37%	9,84%	8,02%
Densité de pneumologue	24,05%	59,22%	18,02%	19,90%	20,53%	8,88%	28,93%	28,80%	36,16%	36,20%

Densité gynécologues	4,32%	30,71%	2,11%	2,55%	4,58%	14,68%	16,76%	6,46%	6,69%	16,68%
Densité de dermatologues	10,12%	47,69%	4,64%	6,50%	8,85%	20,06%	22,12%	12,27%	14,67%	24,56%
Densité de cardiologues	13,73%	31,13%	4,89%	5,13%	12,18%	15,06%	17,92%	13,48%	15,39%	19,61%
Densité centres de santé	5,67%	81,75%	26,48%	33,74%	17,81%	18,03%	32,20%	38,71%	43,41%	36,17%
Densité d'urgences	12,09%	91,20%	50,32%	54,99%	42,35%	9,41%	63,76%	57,76%	61,06%	65,83%
Densité de gastroentérologues	9,43%	39,84%	10,83%	11,82%	10,17%	9,87%	14,63%	15,02%	15,74%	15,85%
Densité de radiologues	10,83%	18,03%	5,70%	5,63%	8,34%	10,14%	12,34%	10,35%	12,84%	15,38%
Densité de maternités	6,02%	92,38%	47,49%	49,74%	39,77%	12,42%	67,18%	52,84%	54,57%	69,89%
Densité de services de HAD	44,25%	96,55%	36,70%	38,33%	59,86%	11,04%	80,92%	65,08%	67,38%	82,84%
Densité de MSP	15,30%	97,80%	70,17%	72,95%	44,63%	51,97%	79,96%	75,46%	78,68%	81,46%
Services et équipements éducatifs										
Densité d'écoles élémentaires (gamme de proximité)	11,03%	50,99%	50,27%	56,60%	22,55%	29,49%	38,57%	57,45%	59,63%	40,97%
Densité de collèges (gamme intermédiaire)	11,16%	41,86%	50,21%	52,33%	30,90%	32,65%	46,05%	54,64%	56,68%	48,68%
Densité de lycées (gamme supérieure)	24,35%	9,37%	26,87%	28,33%	31,70%	32,42%	39,84%	37,84%	42,32%	43,93%

Source : DREES, 2018 ; INSEE, 2020 - Traitement : CBD.

3.2.4.2. LES PRINCIPAUX RESULTATS

Les **effets régionaux (1) et AAV (5)** étaient les éléments dominants pour l'explication des différences d'APL, ce qui semble être différent pour les densités médicales et des services de santé (tableau n°28). Concernant les densités de services et équipements de santé, **l'effet AAV (5) est relativement faible hormis pour certains équipements** (pharmaciens, infirmiers, pneumologues, urgences, maternités, services d'hospitalisation à domicile et maisons de santé). Comme c'était le cas pour les APL, **l'effet régional (1) est important dans l'explication des inégalités de densité d'infirmiers** (la part expliquée est de 43,95%). Il est aussi important pour les kinésithérapeutes, les laboratoires d'analyse, les pneumologues et les services d'hospitalisation à domicile.

L'effet densité (3) et (4) est faible pour la majorité des services de santé. Ceux pour lesquels cet effet est important sont les suivants : densités des laboratoires d'analyse médicale, des sage-femmes, des centres de santé, des urgences, des maternités, des services de HAD et des MSP. Alors que l'effet densité étant dominant par rapport à **l'effet catégorie de la commune (6)** pour l'analyse des APL, il semblerait que ça soit l'inverse pour les densités. **Le positionnement de la commune et donc, sa catégorie au sein de l'AAV semble être un élément expliquant mieux les différences de densité de services de santé que le degré de densité de la commune.**

Nous proposons, comme dans la partie 3.1. (p. 100), les résultats des effets combinés de : effets AAV (5) et catégorie de la commune (6) ; densité (4) et AAV (5) ; densité (4), AAV (5) et région (1) ; AAV (5), région (1), catégorie de la commune (6). Cependant, les effets régionaux, AAV et densité étant limités pour l'explication d'une part importante des densités, la pertinence de ces combinaisons semble moins importante que pour l'analyse de l'APL. Il est donc difficile d'en tirer de réelles conclusions puisque ces effets sont extrêmement variables en fonction des densités.

En revanche, alors que **l'effet taille (2)** était assez faible pour expliquer les différences d'APL, un **rôle très fort de l'effet taille dans l'explication des différences de densités médicales existe.** Plus précisément, les premiers résultats indiquent que plus la taille de la population augmente sur un territoire et plus la densité médicale attendue sur ce même territoire diminue. Ce résultat tendrait à dire que les professionnels de santé seraient mieux représentés dans le bas de la hiérarchie urbaine (théorie des lois d'échelle en géographie), élément étonnant au vu des éléments observés sur la localisation de la déprise médicale (présente dans les zones rurales et périurbaines défavorisées). Cet effet taille sera donc à creuser pour mieux comprendre pourquoi il semblerait que l'on observe une densité médicale plus forte dans les zones moins peuplées.

L'étude des effets pour les densités des écoles élémentaires, collèges et lycées fait l'objet d'un focus dans l'encadré n°22

Encadré n°22: Focus sur les inégalités de densité des services et équipements du domaine de l'enseignement

Focus sur les inégalités de densité des services du domaine de l'enseignement

Les densités des services et équipements éducatifs ne subissent pas un effet taille (2) aussi important que ce qui était le cas avec les densités de services et équipements de santé. En revanche, les effets dominants pour ce type de service semblent être l'effet densité (4), pour la densité des écoles élémentaires (56,6%) et la densité des collèges (52,33%), ainsi que l'effet catégorie de la commune dans l'AAV (6) pour la densité de lycée (32,42%). Ainsi, l'explication des différences de densité communale pour les services et équipements de santé et les services et équipements éducatifs semble être différente : l'effet densité et l'effet catégorie de la commune de l'AAV étant assez faible pour les différences de densité de services et équipements de santé.

Compte tenu des conditions de création/suppression des établissements éducatifs (tableau n°29), avec la planification administrative, ces effets ne sont pas surprenants. Les écoles et les collèges, relevant d'une décision prise à un niveau relativement fin (commune et département), sont davantage portés par des caractéristiques de densité de population (grille communale de densité). Les lycées, dont la décision se fait à une échelle plus large (région), sont réparties de manière plus centralisée, dans des pôles, ce qui explique l'importance de la catégorie de la commune dans l'AAV.

Tableau n° 29 : Gestion des établissements scolaires

Etablissement scolaire	Compétence / gestion	Elaboration de la carte scolaire
Ecole élémentaire	Etat et communes Conseil municipal : choix de localisation, construction, aménagement de locaux, suppression Directeur académique des services de l'éducation nationale : affectation des emplois d'enseignants	Tous les ans, des prévisions du nombre d'élèves sont réalisées par la direction des services départementaux de l'éducation nationale (écoles élémentaires et collèges), par le directeur académique des services de l'éducation nationale avec les chefs d'établissements (collèges et lycées).
Collège	Etat et départements Conseil départemental : création, implantation, suppression Recteur de l'académie : ouverture et fermeture de classes (si pas de création ou suppression d'établissements)	
Lycée	Etat et régions Conseil régional : création, implantation, suppression Recteur de l'académie : ouverture et fermeture de classes (si pas de création ou suppression d'établissements)	

Source : education.gouv, "Qui décide d'ouvrir ou de fermer des classes ?", 2022

Dans tous les cas et selon les résultats dont nous disposons pour l'instant, cela signifie **que lorsque l'on s'intéresse à l'offre de professionnels de santé sur le territoire, un élément important est celui de la démographie du territoire étudié.** De plus, les effets AAV et régional, qui étaient deux éléments importants pour la compréhension des APL sont finalement peu explicatifs des différences de densité, de même que tous les autres effets (densité et catégorisation de la commune au sein de l'AAV).

Cette première proposition de travail met en avant l'influence d'un certain nombre d'effets sur la répartition des professionnels de santé. Dans la continuité de ce constat deux axes sont à creuser :

- Sur la base de ce qui a été fait pour les professionnels de santé et pour les services et équipements du domaine de l'enseignement, un élargissement de ce travail est à envisager. Cela pourrait permettre de mieux comprendre les mécanismes de répartition de l'offre de soins, par comparaison avec d'autres services et équipements. De plus, l'intérêt de cet approfondissement serait de cibler les services et équipements ayant un comportement de formation des inégalités semblable à celui des professionnels de santé. Ce ciblage devrait permettre de préparer une enquête auprès des étudiants dans les filières relevant de la santé ayant pour but de mieux connaître les déterminants de leur installation (nous reviendrons à ce sujet dans le point 4.2.2., p. 153).
- D'autres effets, que nous n'avons pas exploités pour le moment, permettent probablement d'expliquer les différences de répartition de l'offre de soins. Pour cela, nous envisageons de travailler sur la recherche de facteurs supplémentaires pouvant expliquer ces différences. Parmi les effets que nous pourrions tester, celui de la différenciation minimale pourrait être une piste. Finalement, les professionnels de santé se localisent-ils selon la même logique que dans la modélisation dite "des marchands de glace"⁵¹ (loi de Hotelling) bien connue de l'analyse spatiale ? Si tel est le cas, la localisation des professionnels de santé, bien qu'inégalitaire, pourrait-elle être un équilibre ... non optimal ?

Même si nous nous questionnons sur l'intérêt de l'apport de certains éléments à l'APL, cet outil de mesure est aujourd'hui l'indication phare de l'accès aux soins. Des inégalités territoriales découlent de ce dernier et des liens semblent pouvoir émerger avec un contexte macro territorial et socio-économique. Ces divergences de situation entre territoires sont d'autant plus préoccupantes qu'elles semblent avoir tendance à s'aggraver en raison d'un lien de dépendance entre la localisation des professionnels de santé et celle des autres services et équipements (éléments permettant d'appréhender le développement territorial).

⁵¹Il n'a pas été possible de réaliser l'analyse pour la catégorie de services "marchands de glace", ceux-ci n'étant pas différenciés des autres services de restauration dans la BPE.

PARTIE 4 - LE LIEN ENTRE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL ET OFFRE DE SOINS : ELEMENTS DE DISCUSSION ET PISTES DE RECHERCHE

La répartition géographique de l'offre de soins est complexe et ses déterminants sont multiples. L'analyse des caractéristiques socio-économiques et démographiques des territoires est à approfondir afin d'appréhender la relation entre développement territorial et offre de services et équipements de santé (4.1.). L'accessibilité aux soins dépendant de la localisation des professionnels de santé, l'analyse des déterminants des choix de localisation nous semble une deuxième piste particulièrement intéressante à investir (4.2).

4.1. L'ANALYSE DES EFFETS D'ENTRAINEMENT ENTRE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL ET OFFRE DE SOINS

Une analyse préalable des corrélations entre les services et équipements et l'offre de soins des communes permet de supposer l'existence d'un lien entre développement territorial et offre de soins (4.1.1.) et de préciser les pistes de recherche que nous envisageons (4.1.2.).

4.1.1 : UNE ANALYSE PREALABLE

Ainsi que nous l'avons discuté dans la troisième partie, plusieurs effets territoriaux semblent jouer dans les différences d'accessibilité à l'offre de soins au niveau communal : des effets régionaux, de taille, de densité mais aussi des effets relatif à l'appartenance à une aire d'attraction des villes (AAV) ou encore à la catégorie de la commune dans l'AAV. Ces effets influencent certes la répartition des professionnels de santé mais ils sont aussi des facteurs qui agissent de manière plus globale sur le territoire. En particulier, trois types d'effets renvoient à la question du développement territorial :

- L'effet régional : par le dynamisme et l'attractivité plus ou moins forte de certaines régions (héliotropisme).
- L'effet taille et la démographie d'un territoire permettent d'appréhender les conditions de développement territorial : des soldes migratoires et naturels négatifs témoignent de la conjonction des difficultés sur le territoire.
- L'effet densité, l'effet AAV et l'effet catégorie de la commune dans l'AAV, permettent, à l'aide de classifications différentes, de caractériser la commune dans la hiérarchie urbaine : très souvent, le développement territorial est lié à la catégorie d'appartenance des communes.

Nous pouvons alors considérer qu'il existe un lien entre le développement territorial et l'offre de soins du territoire. Partant, nous formulons deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : le dynamisme de l'offre médicale s'appréhende de manière statique par le nombre de professionnels de santé sur un territoire et par leur répartition.
- Hypothèse 2 : le développement territorial peut se mesurer par la quantité de services et d'équipements qui y sont présents.

Ces deux hypothèses reposent sur le présupposé suivant : le choix de localisation des populations est influencé par la présence de services et équipements. Ainsi, une commune faiblement dotée ne sera pas attractive pour l'installation de nouveaux résidents tandis qu'une commune fortement dotée sera

plus attractive et, avec l'augmentation de la population induite, un cercle vertueux pourrait s'enclencher, tant au niveau du développement économique que de l'attraction des professionnels de santé et de nouveaux résidents. Ce présupposé est issu de l'étude des corrélations, établies au niveau communal entre différents services et équipements en santé et les services et équipements présents, en fonction de leur gamme respective d'appartenance. Elles sont présentées dans le tableau n°30 dont nous donnons des clefs de lecture dans l'encadré 23.

Encadré °23: Clefs de lecture du tableau n°30

Le tableau ci-dessous présente les corrélations entre les services de santé et les services et équipements en fonction de leur gamme d'appartenance (proximité, intermédiaire et supérieure).

Pour chaque case, le premier chiffre est la valeur de la corrélation et le deuxième la p-value associée. Par exemple, les médecins généralistes et les services de proximité ont un coefficient de corrélation de 0,9393. La p-value associée est nulle.

Tableau n°30 : Corrélation entre les services et équipements de santé et les services de proximité, intermédiaire et supérieur au niveau communal

Gamme de service	Service et équipement	Services de la gamme de proximité	Services de la gamme intermédiaire	Services de la gamme supérieure
Services de santé de la gamme de proximité	Médecin généraliste	0,9393 (0,00)	0,9418 (0,00)	0,9462 (0,00)
	Dentiste	0,9344 (0,00)	0,9534 (0,00)	0,9506 (0,00)
	Infirmier	0,8942 (0,00)	0,8467 (0,00)	0,8314 (0,00)
	Pharmacien	0,9681 (0,00)	0,9292 (0,00)	0,9471 (0,00)
	Masseur-kinésithérapeute	0,9363 (0,00)	0,9344 (0,00)	0,9283 (0,00)
Services de santé de la gamme intermédiaire	Sage-femme	0,8550 (0,00)	0,8816 (0,00)	0,8763 (0,00)
	Psychologue	0,8570 (0,00)	0,8959 (0,00)	0,8870 (0,00)
	Laboratoire d'analyse	0,9187 (0,00)	0,9148 (0,00)	0,9151 (0,00)
Services de santé de la gamme supérieure	Urgence	0,6547 (0,00)	0,6907 (0,00)	0,7271 (0,00)

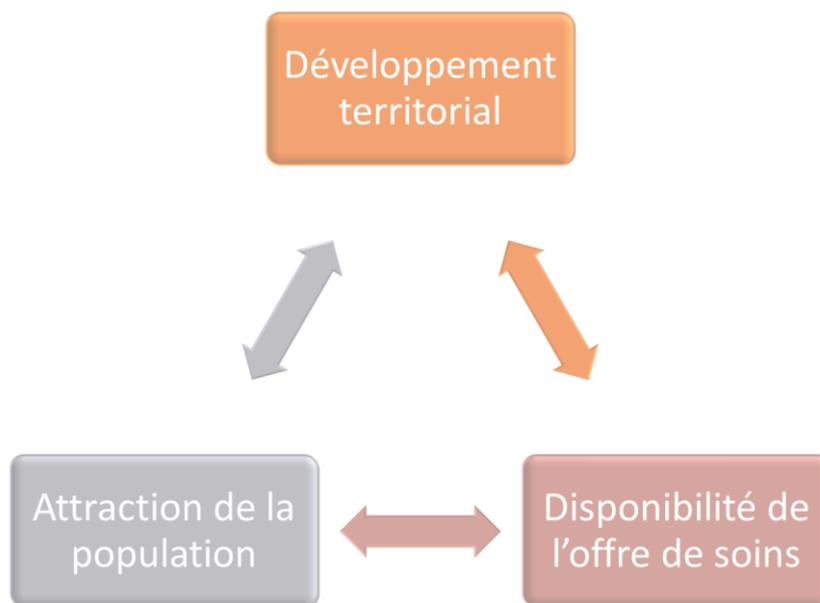
Source : BPE 2021, INSEE ; Traitement : CBD.

Au niveau communal, on relève ainsi une **corrélation fortement significative de l'ensemble des services et équipements avec ceux spécifiques à la santé**, au seuil de risque de 1%. Quelle que soit la

gamme (proximité, intermédiaire ou supérieure) considérée, plus le nombre de services présents est grand et plus le nombre de professionnels et de services de santé (médecin généralistes, dentistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, psychologues, laboratoires d'analyse et urgences) est important. Cette analyse est aussi valable dans le sens inverse : plus les services et équipements de santé sont importants, plus les autres services et équipements le sont, quelle que soit la gamme considérée. S'il est ainsi possible de confirmer un lien entre l'ensemble des services et équipements et ceux relevant du domaine de la santé, nous ne connaissons cependant pas le sens de ce dernier.

En l'état actuel de nos travaux, la seule interprétation que nous pouvons en faire est celle de l'existence probable d'un cercle vertueux (respectivement vicieux) du développement territorial tel que schématisé dans le schéma 6.

Schéma n°6 : cercle vicieux ou vertueux du développement territorial



Bien que la compétence santé soit fortement centralisée en France, cet effet d'entraînement (et son corollaire) justifie d'autant plus l'intérêt pour les collectivités territoriales de se saisir de la question de l'accès aux soins. Ces dernières peuvent alors agir sur l'offre de soins en proposant des actions qui touchent non seulement le champ de la santé, mais qui vont l'influencer de manière indirecte. Ces actions peuvent ainsi être justifiées par des compétences décentralisées telles que le développement économique et/ou l'aménagement du territoire.

4.1.2. UNE ANALYSE DU LIEN ENTRE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL ET ACCES AUX SOINS : PISTES DE RECHERCHE

Dans notre volonté d'approfondir l'analyse du lien entre développement territorial et offre de services de santé sur les territoires, nous proposons de poursuivre nos travaux dans trois directions complémentaires.

- Questionner les échelles de la politique sanitaire : comparaisons internationales et expérimentations locales

Une comparaison internationale des systèmes de santé (centralisation versus décentralisation de la compétence), notamment avec l'Allemagne et l'Espagne à l'échelle européenne, pourrait permettre de porter une réflexion sur l'exercice de la compétence santé aux différents échelons de la politique publique. Sur la base de ces comparaisons internationales et d'un benchmark des initiatives locales menées sur le territoire national, nous pourrions questionner la façon dont les compétences santé et aménagement-développement du territoire peuvent s'articuler et s'imbriquer. Ces éléments doivent être croisés avec une approche partant du terrain, afin d'enrichir l'analyse et la connaissance de la déprise médicale dans le contexte du développement territorial. Dans ce rapport, nous n'avons fait qu'esquisser la capacité d'action des territoires (et les contraintes qui pèsent sur eux) en donnant des éléments de cadrage sur les initiatives décentralisées tels que les CLS (partie 1), les CdS, MSP et CPTS (partie 2). La collaboration avec le Val de Garonne va ainsi se poursuivre, probablement sous la forme d'une thèse CIFRE devant débiter, sous réserve de l'accord de cofinancement de l'ANRT, lors de l'année universitaire 2022-2023. La collaboration sera basée sur une démarche de recherche-action (encadré 24 ci-dessous).

Encadré n°24 : L'analyse de la relation entre développement territorial et accès aux soins sur le territoire du Val de Garonne

Appréhender, expérimenter et analyser la relation entre développement territorial et accès aux services et équipements en santé. Un benchmark des initiatives locales doit permettre de cerner les initiatives existantes, et parmi elles les "bonnes pratiques, afin d'en tirer des éléments tangibles dans une démarche de veille et de prospective territoriale permettant de les évaluer et de discuter de leur pertinence et de leur faisabilité économique dans le cas particulier de Val de Garonne Agglomération. La démarche de "recherche-action" envisagée au croisement des enjeux de connaissance sur la problématique de l'accès aux soins et des attentes opérationnelles des partenaires territoriaux vise : 1) à questionner les réalités vécues des territoires dans la mise en place des politiques de lutte contre la déprise médicale (phase de diagnostic) et 2) accompagner la mise en œuvre (phase machin truc) et analyser (phase d'évaluation rétractrice) l'expérimentation de certains dispositifs d'initiatives locales. Après une phase de diagnostic spécifique au territoire du VGA, ce benchmark permettra l'identification des dispositifs pertinents à déployer. Il pourrait notamment s'agir d'un projet de structure type "campus connecté" dont l'intérêt est de nourrir des hypothèses relatives à la dynamique des proximités entre formation et besoins sanitaires du territoire (rapprocher la formation des territoires est-il un levier pertinent pour renforcer l'offre de santé sur celui-ci?) mais il pourrait tout aussi bien (ou en parallèle) s'appliquer à d'autres dispositifs envisageables, notamment ceux relevant de la télémédecine ou des initiatives d'inspiration locale de type MSP, CdS ou CPTS. La dimension expérimentale et opérationnelle du travail doit permettre de faire un retour sur les modalités de gouvernance territoriale à privilégier pour pallier la déprise médicale.

- Proposer un indicateur (ou indice composite) enrichi de l'accessibilité aux soins et simuler la répartition satisfaisante de l'offre de soins sur le territoire national

Ainsi que nous l'avons discuté dans ce rapport, l'indicateur de diagnostic de l'accès aux soins l'APL, mériterait d'être approfondi et/ou complété par d'autres indicateurs afin d'intégrer l'accès à d'autres professionnels de la santé que les médecins généralistes et d'appréhender de manière plus explicite les besoins des populations en matière d'accès aux soins. Cette étape d'évaluation de la situation est fondamentale puisque c'est sur elle que repose la mise en place des politiques nationales et que peuvent se réfléchir le déploiement d'initiatives locales. Partant de l'APL, nous aimerions poursuivre nos travaux dans l'objectif de proposer un indicateur basé sur une caractérisation plus fine de la diversité

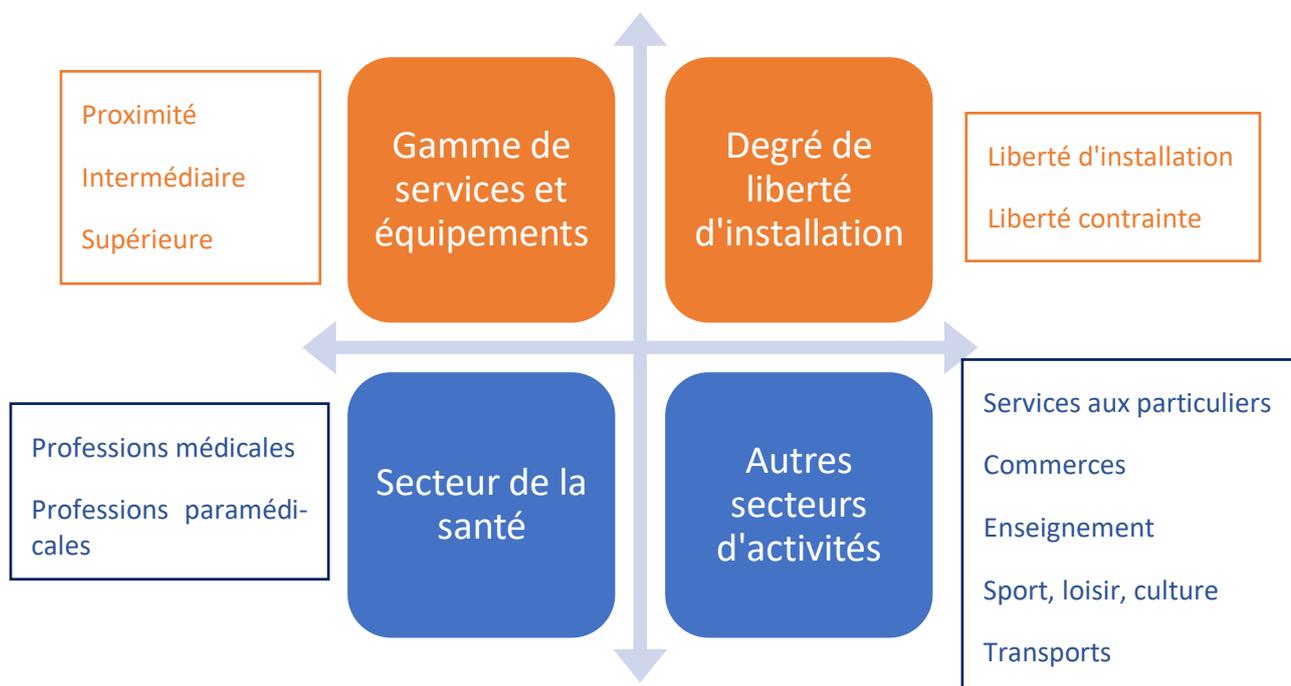
de l'offre de soins, ce qui nous permettrait d'introduire une dimension relative aux parcours de soins (ou à la coordination de ceux-ci) dans le diagnostic territorial.

Nous souhaiterions aussi proposer des simulations portant sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire, en partant dans un premier temps des données mobilisées pour le calcul de l'indicateur existant de l'APL. Les dispositifs actuellement en vigueur se basent sur une caractérisation des zones sur et sous dotées en fonction de la moyenne française, et le seuil de définition d'un désert médical semble très en deçà du ressenti des populations (cf 2.1.4., p. 70). Cependant, une référence à la moyenne n'est pas une référence à un niveau jugé satisfaisant, ce qui nous incite à réfléchir à la définition d'un ou de plusieurs seuils. Proposer un niveau d'accessibilité jugé satisfaisant au regard des besoins de la population et non au regard de la moyenne nationale est un réel enjeu pour en induire la répartition *idéale* susceptible d'orienter les politiques. De plus et compte tenu du lien identifié entre l'offre de soins et le développement territorial, cet indicateur pourrait avoir vocation à simuler l'impact d'une augmentation de l'offre et de l'accessibilité aux soins sur le développement territorial (et inversement). Cela permettrait de mieux comprendre, sur un cas réel, l'impact observé d'un effet sur l'autre (offre de soins et développement territorial) et donc, de travailler sur le lien qui influence ces deux éléments, en tentant d'appréhender le (ou les) sens qui les lie. Le but de ce travail est de chercher à comprendre l'effet d'entraînement qui est à l'œuvre entre le développement territorial et l'offre de soins.

- Approfondir l'analyse comparative de l'accès aux services et équipements de santé avec les autres services et équipements partie-prenante du développement territorial

Il semble pertinent de pousser plus loin l'analyse en croisant les dimensions sanitaires et socio-économiques de l'accès à l'offre de soins. Une étude plus fine du lien entre l'évolution des médecins sur un territoire et les classements en zones que celle que nous avons esquissée dans le cadre de cette étude exploratoire est nécessaire. Une première piste pourrait être de tenter de mesurer l'impact des classements en ZIP, ZAC et ZRR sur les choix de localisation de médecins, à l'aide de données temporelles et de traitements économétriques. Le recours à l'analyse par les densités, nous semble aussi particulièrement intéressant à approfondir afin d'appréhender les formations d'inégalités d'accès aux soins, dans une perspective comparative avec les autres services et équipements. Ici aussi, des analyses temporelles sont à introduire mais nous souhaitons surtout prolonger l'étude esquissée dans la partie 3.2.2. (p. 120) et 3.2.4. (p. 135) sur les services d'enseignement. Nous proposons de croiser plusieurs dimensions (cf. schéma 7 ci-dessous, en particulier la gamme de service d'appartenance et le degré de liberté d'installation (liberté, liberté contrainte et planification administrative) pour un ensemble de services et équipements relevant de la santé (professions médicales, professions paramédicales et équipements de santé comme les laboratoires d'analyse et les services d'urgence) et relevant d'autres secteurs d'activités (enseignements, commerces, services à la population, sport, loisir culture, transports et tourisme). La sélection des "autres services et équipements" se fera dans le cadre d'une collaboration avec la DATAR régionale de Nouvelle-Aquitaine.

Schéma n°7 : Matrice des services et équipement en fonction de leur gamme, de leur degré de liberté d'installation et de leur secteur d'activité



Avec ces analyses, nous serons en mesure de mieux comprendre la formation des inégalités territoriales d'accès aux soins et leur relation avec les autres facteurs du développement socio-économique des territoires. En fonction des catégories de services et d'équipement retenus, nous pourrons aussi formuler des hypothèses de travail, notamment concernant l'influence des degrés de liberté d'installation sur les choix de localisation des professionnels de santé (et autres professionnels).

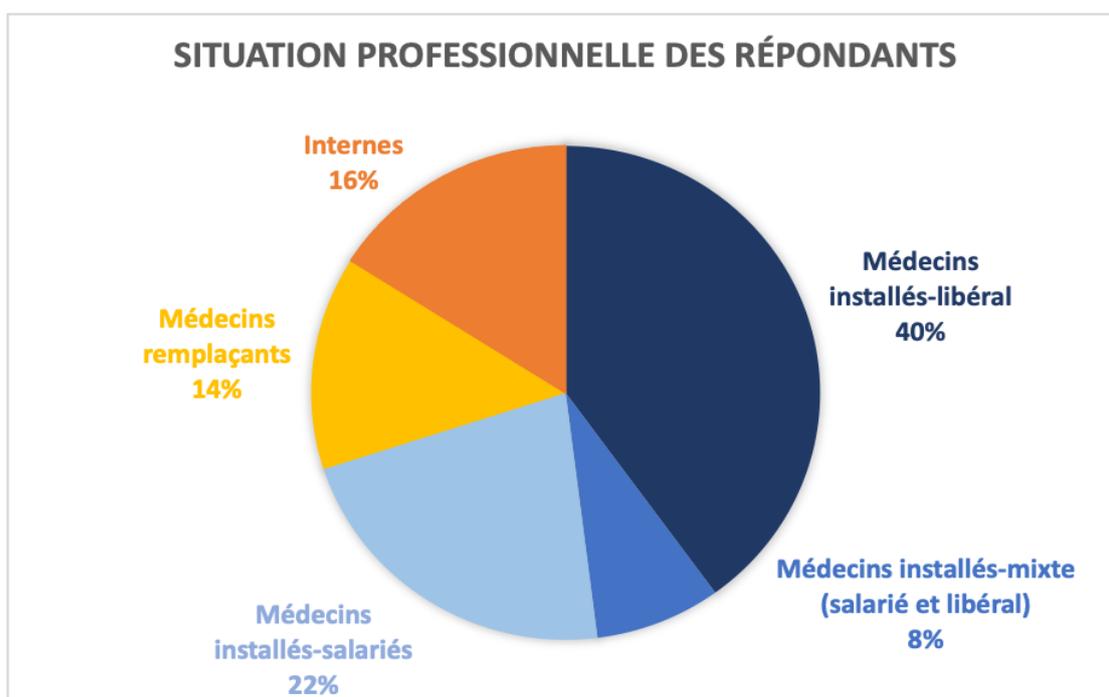
4.2. UNE ANALYSE COMPARATIVE DES DETERMINANTS DE LA LOCALISATION DES SERVICES ET EQUIPEMENTS DE SANTE

La question des déterminants à la localisation de professionnels de santé est primordiale à saisir si l'on souhaite pouvoir proposer des pistes d'action portant sur les causes de la déprise médicale.

4.2.1. UNE ETUDE PREALABLE : L'ENQUETE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS AUPRES DES MEDECINS ET INTERNES EN MEDECINE

Afin de mieux comprendre ce qui détermine le choix de localisation des professionnels de santé, une enquête⁵² auprès de médecins et d'internes en médecine a été réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2019. Elle totalise 15 319 répondants (graphique 31), dont 90% de spécialités médicales (60% en médecine générale) et 10% de spécialités chirurgicales.

Graphique n°31 : Situation professionnelle des répondants



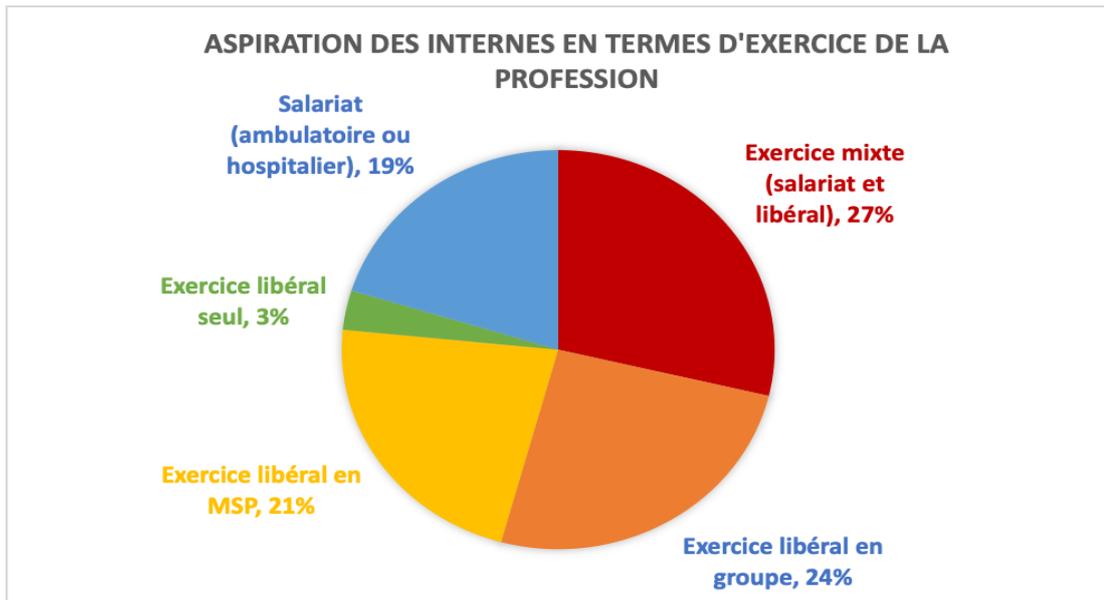
Source : Ordre des médecins, 2019 - Traitement : CBD.

Plusieurs éléments de cette enquête semblent particulièrement intéressants pour les analyses que nous souhaitons conduire :

- Concernant le mode d'exercice de la population interrogée :
 - 75% des internes envisagent une activité libérale (et/ou mixte) et seulement 19% une activité salariée pour leur première installation mais, à y regarder dans le détail, nous notons que la pratique coordonnée de la profession semble plébiscitée par les futurs professionnels de santé (Maison de Santé et autres, cf. graphique 32). Seuls 3% des internes envisagent une pratique en libéral seul.

⁵² Enquête sur les déterminants à l'installation, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019

Graphique n°32 : aspiration des internes en termes d'exercice de la profession

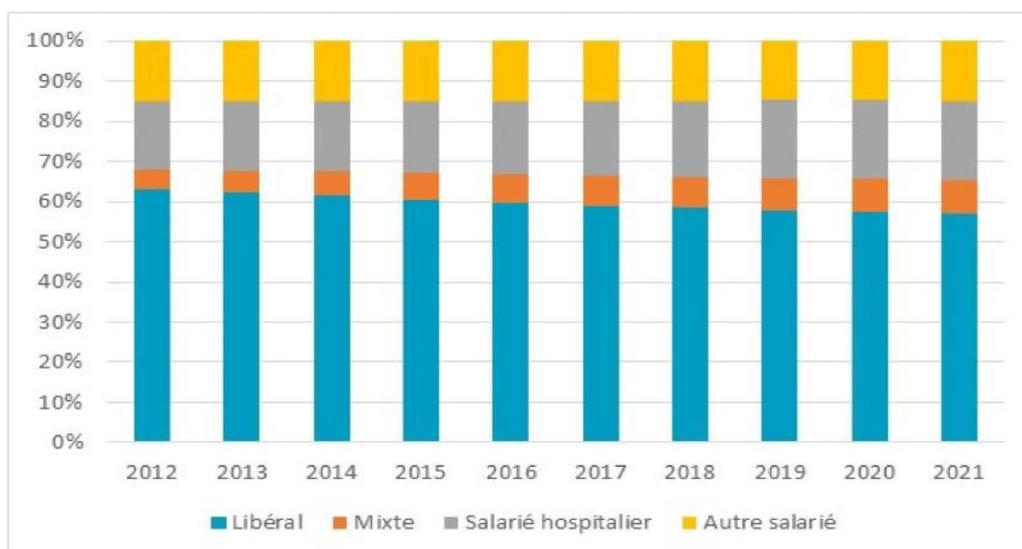


Source : Ordre des médecins, 2019 - Traitement : CBD.

- 40% des répondants sont des médecins installés en libéral (contre 8% en pratique mixte et 22% en salariat, cf graphique 31 ci-dessus) mais 62% des nouvelles inscriptions au registre des installations dans la profession relèvent d'un exercice salarié (contre 12% en libéral et 22% en tant que remplaçant).
- Il existe une volonté d'installation parmi les internes et les remplaçants : respectivement 57% et 65% d'entre eux souhaitent s'installer dans les trois ans.

Nous pouvons formuler l'hypothèse de travail suivante : *malgré une forte aspiration pour l'exercice libéral de la profession, on observe une importance croissante pour le mode d'exercice salarié* ainsi qu'en témoigne le graphique 33 ci-dessous (DREES, 2021)

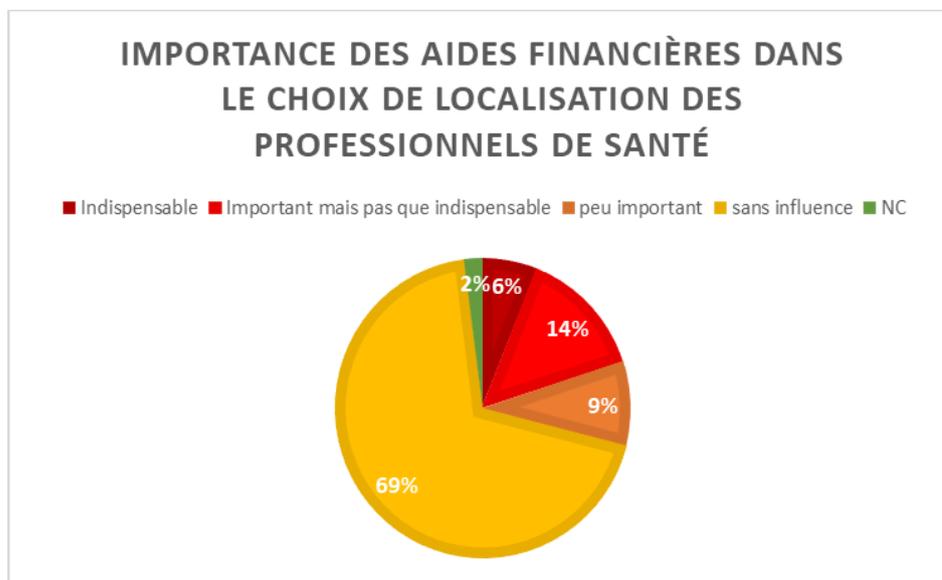
Graphique n°33 : Répartitions des médecins généralistes selon le mode d'exercice (2012-2021)



Source : DREES, 2021, p. 14.

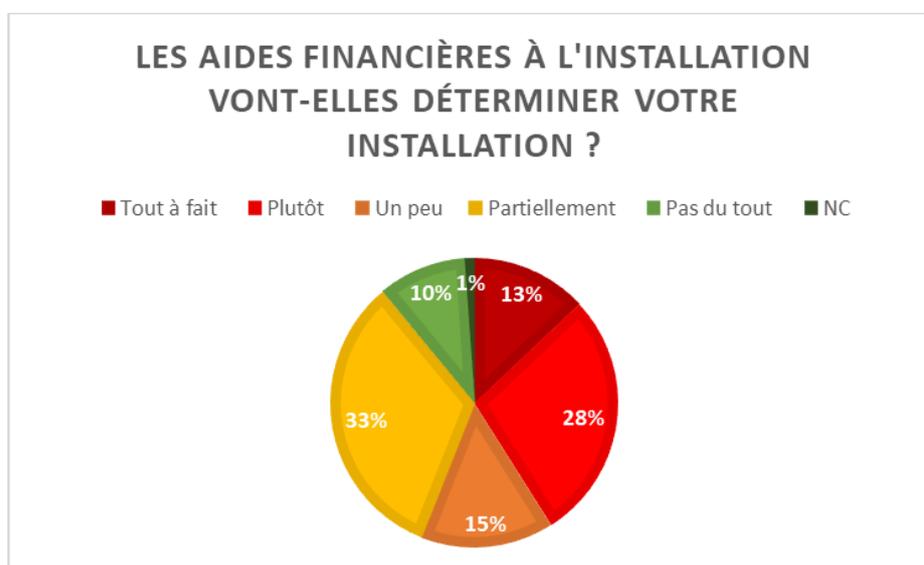
- Concernant l'importance des aides financières octroyées pour le choix de localisation (graphiques 34 et 35), 69% des professionnels installés indiquent que ces aides n'ont pas influencé leur choix de localisation (graphique 34) et 58% des internes (graphique 35) indiquent qu'elles ne vont que peu ou pas l'influencer.

Graphique n°34 : Importance des aides financières dans le choix de localisation des professionnels de santé déjà installés



Source : Ordre des médecins, 2019 - Traitement : CBD.

Graphique n°35 : Importance des aides financières dans le choix de localisation des internes



Source : Ordre des médecins, 2019 - Traitement : CBD

Les mesures financières étant le principal levier d'action des politiques (zonages) de lutte contre la déprise médicale, nous pouvons poser l'hypothèse qu'elles pourraient ne pas être pertinentes. R. Marié (2012) souligne par exemple que les incitations financières pourraient ne pas produire d'effets sur la répartition en raison du revenu déjà élevé des professionnels de santé. Selon cet auteur, les incitations financières sont davantage des « effets d'aubaine » : le choix de localisation ne se fait pas en

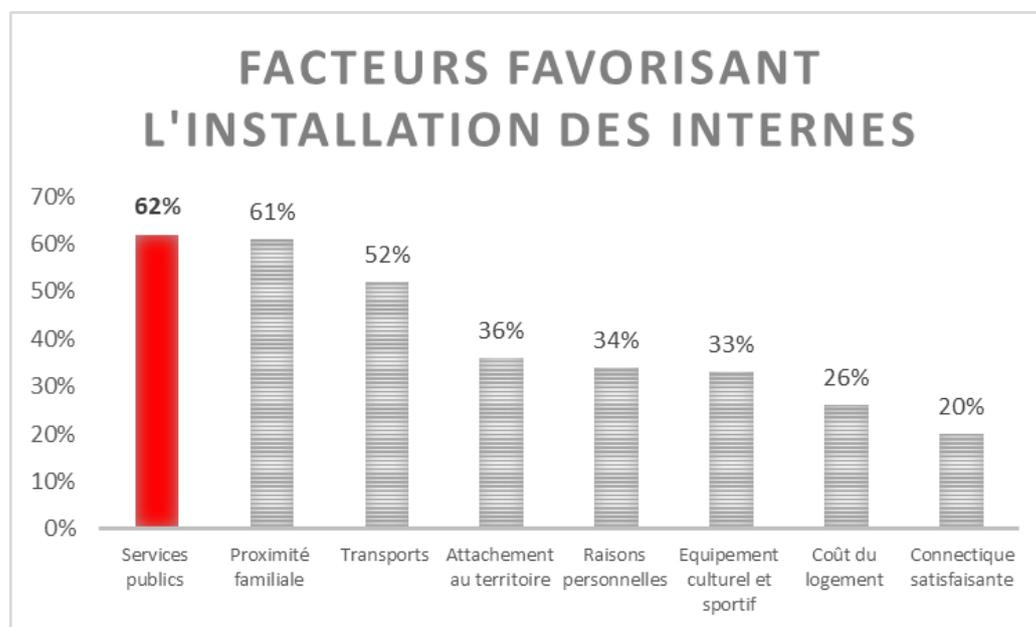
fonction des aides financières mais celles-ci profitent tout de même aux professionnels de santé décidant de s'implanter sur un territoire pour d'autres raisons (facteurs non financiers).

D'autres facteurs semblent présider aux choix de localisation des médecins, sur lesquels l'enquête réalisée par l'Ordre des Médecins propose quelques indications.

- Concernant les facteurs non-financiers :

Les déterminants de la localisation ne sont pas seulement financiers. Les résultats de l'enquête réalisée par l'Ordre des Médecins en 2019 (graphique 36) confirment l'existence de la relation entre offre de soins et développement territorial. La déprise médicale ne renvoie pas seulement à l'accès aux soins, il est question de développement territorial.

Graphique n°36 : Facteurs favorisant l'installation des internes



Source : Ordre des médecins, 2019 - Traitement : CBD.

La proximité familiale, et en particulier l'employabilité du conjoint, est aussi un élément déterminant et fréquemment mis en avant du choix de localisation des professionnels de santé. Il mérite d'être interrogé car, de prime abord, cet élément pourrait sembler quel que soit le type de profession considérée. Or, une différence entre les médecins par rapport à l'ensemble de la population mérite d'être mentionnée : 46% des conjoints de médecins sont des cadres supérieurs (contre 29% pour l'ensemble des cadres supérieurs), dont on sait que l'exercice de la profession est fortement polarisé dans les grands centres urbains (Breuil-Genier et Sicart, 2005). La question du conjoint, dont la localisation professionnelle est contrainte, se trouve ainsi renforcée dans le cas des médecins. Le facteur "conjoint" semble plus contraignant pour les médecins que pour le reste de la population.

Un autre résultat de l'enquête nous semble particulièrement intéressant à relever, celui de l'importance dans le choix de localisation de la présence d'autres professionnels de santé ou d'hôpital sur le territoire : il est jugé déterminant pour 81% des internes, pour 87% des remplaçants (tout à fait ou plutôt d'accord) et pour 59% des médecins installés. Nous rapprochons ce résultat des opportunités que peuvent porter les initiatives de type Centre de Santé, Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou CPTS, précédemment mises en évidence (point 2.2.3., p. 93) en termes de pratique coordonnée de l'exercice de la profession médicale.

Confrontée aux premiers résultats mis en évidence dans les parties 1.2. et 3. (p. 35 et 100), l'analyse préalable des déterminants des choix de localisation des médecins incite à pousser plus loin l'analyse en la généralisant à différents professionnels de santé et en l'ouvrant à d'autres types de professions relevant de gammes de services et équipements comparables.

4.2.2. UNE PISTE DE RECHERCHE : APPROFONDIR LA COMPREHENSION DES DETERMINANTS A LA LOCALISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le tableau de résultats 16 du point 3.1. (page 104, étude des différences d'APL) montre que les variables explicatives varient en fonction de l'âge de professionnels. Les professionnels de santé plus jeunes (de moins de 40 ans) semblent se localiser différemment (effets régionaux, taille, densité et catégorie de la commune jouent plus faiblement, cf. 3.1., p. 100) que leurs aînés (les moins de 65 ans, et en particulier les 40-65 ans en ce qui concerne les médecins généralistes). Ces différences existent et sont marquées, il serait donc intéressant de questionner les futurs professionnels de santé (les étudiants) afin d'appréhender la répartition à venir (à dix ans dans le cas de la médecine générale) de l'offre de soins sur le territoire national. Comprendre les déterminants de la localisation des professionnels de santé permettrait, par la suite, de proposer des mesures adaptées pour mieux répartir l'offre de soins, en agissant sur les causes plus que sur les conséquences (à l'instar des politiques de zonage, exposées dans la partie 2.2., p. 85).

Enquêter auprès des futurs professionnels de santé afin de cerner les déterminants qui influencent les choix de localisation nous semble particulièrement pertinent pour discuter et imaginer les leviers d'action, financiers et non-financiers, par lesquels pourraient agir les acteurs de la politique, nationaux et territoriaux, pour pallier le problème de la déprise médicale.

Les conditions d'installation semblent être des éléments influençant la répartition des professionnels de santé (cf. 1.3., p.47), nous devons donc, dans cette enquête, en tenir compte, à la fois dans le choix du public enquêté et dans l'analyse des résultats qui en seront issus. Pour tenir compte de cela, cette enquête pourrait également être administrée auprès d'autres futurs professionnels, n'appartenant pas au secteur de la santé. Nous avons déjà rapidement esquissé une analyse portant sur les professions éducatives (3.2.2. et 3.2.4., p. 120 et p. 135) qui justifierait de retenir cette population dans notre travail. Le repérage d'autres catégories d'étudiants (ou jeunes professionnels) à enquêter fera l'objet d'une étude préalable (choix à calibrer en fonction de la gamme de service d'appartenance et du mode d'installation), que nous réaliserons en collaboration avec la DATAR régionale de Nouvelle-Aquitaine (ainsi que précisé dans le point 4.1.2., p. 145). Ce travail a pour objectif de questionner trois éléments :

- Les déterminants de localisation des professionnels de santé sont-ils différents des autres actifs ? Les professionnels de santé ont-ils un comportement différent dans leurs choix d'implantation que les autres ?
- La répartition des lieux de formation influence-t-elle les choix futurs d'installation des professionnels de santé et plus largement, des futurs professionnels enquêtés (du secteur de la santé ou non) ?
- La durée de formation est-elle responsable de comportements de localisation différents ? Observe-t-on des différences dans les comportements d'implantation de la population en fonction de la durée des études ?

Les différences entre régions étant peu marquées et les inégalités d'accès aux soins s'observant principalement à l'échelle locale (3.2.), cette analyse sera menée à l'échelle infrarégionale. Cela nous permettra aussi de prendre en considération l'influence du lieu de formation (urbain ou pas) dans le choix futur de localisation. Parce qu'elle fait actuellement l'objet d'un calibrage de collaboration (avec le Gérontopôle de Nouvelle-Aquitaine et les facultés des médecine du territoire), la cible des étudiants de médecine est présentée dans l'encadré n°25 ci-dessous.

Encadré n°25 : Focus médecin

Objectif : comprendre comment les étudiants envisagent **l'exercice de leur métier** selon plusieurs dimensions :

- Quel mode d'exercice : salarié, libéral indépendant, libéral au sein d'une équipe ?
- Quel lieu d'exercice : poids des aménités territoriales (présence de services et équipements), influence du lieu de localisation des études et de l'internat dans le choix de localisation, critères de choix entre zone rurale et urbaine en fonction de l'expérience (parcours de vie et expériences professionnelles)
- Perception de la profession : importance de la dimension financière, importance de la dimension de service public (exemple des visites à domicile), connaissance de et sensibilité à la désertification médicale
- Facteurs déterminants pour le choix de localisation et possibilités d'inflexion du choix

Population ciblée

- Pour la prise en compte de l'évolution du projet d'exercice des étudiants en médecine selon leur avancement dans la formation et en fonction de l'avancée dans la formation : réalisation d'un échantillon ciblant les étudiants : de première année (PASS et LAS), de cinquième/sixième année (fin externat, avant le passage des ECN), de huitième/neuvième année (internat) et jeunes professionnels de santé (entre la première et la cinquième année d'exercice).

Pour tenir compte de l'influence intra-régionale des lieux de formation (UFR, stages et internats) : pour les étudiants, échantillon tenant compte des lieux de formations (université de Bordeaux et de Poitiers, de Limoges mais aussi sur les sites détachés (antennes délocalisées) à Périgueux, Agen, Dax et Pau) et de localisation et structures de stages et internat. Pour **les jeunes professionnels de santé** : ceux qui décident d'exercer dans des territoires urbains et ceux qui décident d'exercer dans des territoires ruraux.

Pour réaliser ce travail, un suivi de cohorte est envisagé. L'idée serait de pouvoir apprécier l'évolution éventuelle, avant, pendant et après la formation, des aspirations en termes de choix de localisation et de mode d'exercice. Pour cela, l'idéal serait de pouvoir interroger une même population sur la durée, ce qui, dans le cas des médecins notamment, nécessite la mise en place d'un projet à dix ou douze ans, excédant la durée d'un doctorat mais pouvant s'envisager dans le cadre d'une collaboration universitaire interdisciplinaire.

Cela fait plusieurs décennies que la question de la déprise médicale se pose. Aucune solution n'a pour l'instant été trouvée et il y a fort à parier qu'aucune mesure miracle ne sortira du chapeau. Tout venant à point à qui sait attendre, peut-être pouvons-nous nous donner collectivement le temps de mener les

analyses nécessaires à une appréhension fine des causes du problème, préalable essentiel pour le résoudre au lieu de le pallier. Traiter la maladie vaudra mieux que limiter les symptômes, même si le chemin pour y parvenir est long.

CONCLUSION

L'organisation du système de santé français résulte du maillage entre l'exercice de la compétence à l'échelon décisionnel étatique et sa mise en opérationnalisation aux différents niveaux des collectivités territoriales. Ce maillage est complexe et l'analyse de l'organisation de l'offre de soins qui en résulte nécessiterait trois approfondissements :

- A l'échelle nationale : un approfondissement de l'analyse de l'impact des cursus de formation (médicaux et paramédicaux) sur la répartition géographique des professionnels de santé permettrait de questionner plus avant l'impact des régimes d'installation sur la répartition géographique de l'offre de soins.
- A l'échelle régionale, une question se pose : les ARS permettent-elles de décliner efficacement la politique nationale et de lutter contre la déprise médicale ?
- A l'échelle départementale et locale : des analyses opérationnelles et expérimentales sont nécessaires pour appréhender l'impact des initiatives locales dans la lutte contre la déprise médicale..

Basée sur l'indicateur APL, la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins a été étudiée à travers les politiques de zonage. Deux résultats semblent pertinents à rappeler dans notre conclusion pour souligner le rôle que peuvent jouer les collectivités territoriales locales pour favoriser l'implantation des médecins sur leur territoire :

- Dans une logique de compensation et de répartition, les politiques de zonage permettent d'agir sur l'offre de soins en proposant des incitations financières. Leur portée dépend fortement de la sensibilité des professionnels de santé à celles-ci, ce qui nous semble discutable au vu des premières études sur la question.
- Étatiques, ces politiques laissent peu de place à l'action des collectivités territoriales locales. Or, c'est justement parce que les incitations financières ne sont pas les seuls facteurs influençant l'implantation des professionnels de santé qu'elles peuvent agir en proposant d'autres dispositifs que les seules incitations financières pour favoriser l'installation des professionnels de santé sur leur territoire.

C'est ainsi que nous avons souhaité, dans la dernière partie de ce rapport, poser la question de la déprise médicale dans la problématique plus générale du développement territorial. La localisation des professionnels de santé pouvant être appréhendée par les mécanismes de hiérarchie urbaine (ainsi que détaillé dans la troisième partie du rapport), nous posons l'hypothèse que les déterminants de l'offre de soins peuvent être appréhendés en fonction de la dynamique de développement du territoire et de la présence de services et équipements publics. Nous avons ainsi cherché à comprendre le lien qui pouvait exister entre le nombre de services et équipements d'une commune et sa dotation en professionnels de santé. Une corrélation significative existe entre la présence de services et équipements et le nombre de professionnels de santé sur le territoire. Celle-ci relève d'un lien double ne permettant pas de savoir si c'est la situation de l'offre de soins qui permet d'expliquer le développement territorial ou si c'est l'inverse.

Pourra-t-on continuer à vieillir (et même à vivre) dans certains territoires ? La question reste entière.

Sommaire des annexes :

- [Annexe n°1](#) : Tableau répartition des compétences - Action sociale et santé, 16 mai 2018
- [Annexe n°2](#) : Liste des instituts et agences sous la tutelle de l'Etat et participant au système de santé français
- [Annexe n°3](#) : Services remplacés par la création des ARS en 2009 (loi HPST)
- [Annexe n°4](#) : Carte des communes françaises en fonction du zonage conventionnel des infirmiers en 2018
- [Annexe n°5](#) : Questionnaire enquête "Télémédecine et accès aux soins" VGA
- [Annexe n°6](#) : Classification des services et équipements par gamme de la BPE (2020)
- [Annexe n°7](#) : Grille de rémunération de l'ACI

Annexe n°1 : Tableau répartition des compétences - Action sociale et santé, 16 mai 2018

Action sociale et santé	
ETAT	<p>Aide sociale : compétence d'attribution (L'allocation simple d'aide sociale, allocation aux adultes handicapés et garantie de ressources aux travailleurs handicapés). Fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).</p> <p>Établissements et services sociaux et médico-sociaux : Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale, Participation au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale Autorisation et tarification de certains établissements sociaux et médico-sociaux ; Tarification de la partie « soins ». Contrôle et surveillance desdits établissements et services.</p> <p>Action sociale : Hébergement d'urgence et dispositif d'urgence sociale. Pilotage du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.</p> <p>Santé : Définition des objectifs de santé publique, des plans et programmes associés au niveau national et régional Prévention et gestion des menaces sanitaires graves Lutte contre la toxicomanie, protection de la santé mentale, Vaccination, de dépistage des cancers et lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Création des établissements publics de santé. Définition des mesures de lutte anti-vectorielle.</p> <p>Schéma national d'organisation sanitaire. Participation au financement de l'investissement des établissements de santé. Contrôle et surveillance des établissements de santé relevant de l'État. Nomination des directeurs. Nomination des directeurs d'Agence régionale de l'hospitalisation.</p> <p>Contrôle des organismes de sécurité sociale une mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, service à compétence nationale rattaché au directeur de la sécurité sociale, s'est substituée au préfet de région (DRASS) pour contrôler et évaluer l'activité, le fonctionnement et l'organisation des organismes locaux de sécurité sociale.</p>
RÉGIONS	<p>Dans le domaine médico-social : La définition des objectifs particuliers de santé, ainsi que la détermination et la mise en œuvre des actions correspondantes ; La participation aux différentes commissions exécutives des agences régionales de santé ; La contribution au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires pouvant intervenir dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ; L'attribution d'aides pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficientes en offres de soins</p> <p>Dans le domaine social :</p> <p>La définition de la politique de formation des travailleurs sociaux et d'insertion des jeunes ;</p> <p>L'organisation d'actions qualifiantes pour la mise en œuvre de la politique d'apprentissage et de formation professionnelle dans le cadre de la recherche d'emploi ou de la ré-orientation professionnelle ;</p> <p>Le financement des opérations programmées dans le cadre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) pour développer l'accès aux soins, favoriser la prévention et assurer le suivi des publics fragilisés ;</p> <p>La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'équipements sanitaires pour assurer le maintien des services en zones de montagne ;</p>
DÉPARTEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> - la définition de la politique d'action sociale et médico sociale du département en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale ; - l'élaboration et la mise en œuvre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ; - la coordination des actions sociales et médico-sociales menées sur le territoire départemental ;

- l'autorisation de la création ou de la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations relevant de la compétence du département et leur habilitation à tarifier les prestations fournies ;
- la présidence du conseil d'administration des établissements publics spécialisés.

En matière sociale :

La prise en charge des prestations légales d'aide sociale tels que :

- l'aide sociale à l'enfance et aux familles ;
- les aides aux personnes âgées ;
- l'aide sociale à l'hébergement en foyer ;
- la prestation de compensation du handicap (PCH) ; l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées à domicile (APA) ;
- le revenu de solidarité active (RSA).

La conduite de l'insertion sociale et professionnelle des allocataires.

Le co-pilotage du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées, des personnes handicapées ou en perte d'autonomie en cas de risques exceptionnels.

La tutelle administrative et financière sur le groupement d'intérêt public « GIP » tel que la maison départementale des personnes handicapées qui exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille.

La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans.

L'action sociale en faveur :

- des enfants et jeunes en difficulté (participation aux actions d'éducation des mineurs et prévention des mauvais traitements à leur égard) ;
- des personnes âgées ;
- des personnes handicapées (prise en charge des frais d'hébergement en foyer et de transport individuel des élèves et étudiants handicapés vers les établissements scolaires et universitaires ...).

Les actions visant à : prévenir l'exclusion sociale et en corriger les effets pour lutter contre la pauvreté, la précarité et la marginalisation ; définir les besoins et attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier ceux des personnes et des familles vulnérables ; faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes en difficulté et des familles exclues, surtout dans les zones urbaines sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale (accompagnement des aides générales au logement et à la fourniture d'eau et d'énergie, aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ...).

La mise en œuvre de la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) instituée par la loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs.

En matière médico-sociale :

La protection médico-sociale de la famille et de l'enfance à travers : l'organisation et la surveillance des services de santé maternelle et infantile ; les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile ; l'agrément des assistants familiaux ; l'agrément, le contrôle, la formation et l'accompagnement des assistants maternels ; l'autorisation de l'accueil familial.

La possibilité, au moyen d'une convention avec l'État, de conduire des actions de vaccination gratuite, de dépistage des cancers, de lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles.

La participation aux différentes commissions des agences régionales de santé, ainsi qu'à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

L'attribution d'aides pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins.

La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'infrastructures et équipements publics sanitaires (surtout en zone de montagne) dans un but de maintien des services.

Le devoir d'alerte sanitaire (similaire à celui des communes).

	<p>La mise en œuvre de la lutte anti-vectorielle et son financement, avec les communes du territoire. La possibilité de gérer des laboratoires départementaux d'analyses. Les actions visant au développement social</p>
<p>COMMUNES (OU EPCI)</p>	<p>L'animation d'une action générale de prévention et de développement social sur le territoire de la commune par le biais d'un CCAS ou CIAS. Pour les communes de moins de 1 500 habitants, possibilité de ne pas créer ou de dissoudre le CCAS et d'assurer la compétence sociale par un CIAS ou un service non personnalisé ; L'attribution de l'aide sociale facultative (secours aux familles en difficulté, (non) remboursement des prestations)) ; La constitution des dossiers de demande d'aide sociale et leur transmission à l'autorité compétente si leur instruction incombe à une autre autorité ; La mise en place d'un fichier pour recueillir les informations utiles à l'intervention des services sociaux et sanitaires auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (identité, âge, adresse du domicile ...) ; La possibilité de créer et de gérer un établissement ou service public à caractère social ou médico-social (centres d'accueil des enfants de moins de six ans, foyers destinés aux personnes âgées ...) ; La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'infrastructures et équipements publics sanitaires (surtout en zone de montagne) dans un but de maintien des services ; Les pouvoirs de police municipale en matière de sécurité et de salubrité, ainsi que certaines dimensions de la politique de l'habitat (résorption de l'insalubrité et des immeubles menaçant ruine ...) ; La gestion du fonds d'aide aux jeunes en difficulté ; La participation à l'accueil des personnes dites « gens du voyage », dont l'habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles ; La participation aux travaux de la commission locale d'insertion sociale et professionnelle (CLI) ; Le logement par : <ul style="list-style-type: none"> - L'autorisation, la mise en œuvre ou la subvention foncière d'actions ou opérations d'aménagement permettant la réalisation de logements locatifs sociaux pour répondre aux besoins en hébergement des personnes mal logées, défavorisées ou présentant des difficultés particulières ; - La possibilité de participer au financement du fonds de solidarité pour le logement (FSL) afin de venir en aide aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité d'assumer leurs obligations relatives au paiement du loyer, des charges et des frais relatifs à la fourniture d'eau, d'énergie et de services téléphoniques ; La protection générale de la santé publique et de l'environnement par : <ul style="list-style-type: none"> - L'organisation et le financement des services municipaux de désinfection et des services communaux d'hygiène et de santé chargés entre autres de : - l'organisation des campagnes de vaccination gratuite ; la salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme ; l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ; l'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets ; Le devoir d'alerte et de veille sanitaire par le signalement sans délai des menaces imminentes pour la santé de la population et par la transmission à l'Institut de veille sanitaire d'informations nécessaires à l'exercice de ses missions ; La participation aux différentes commissions des agences régionales de santé ; La possibilité d'attribution d'aides pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins. La possibilité de participer aux conseils de surveillance des établissements de santé. Le financement est partagé avec les départements de la lutte anti-vectorielle.</p>

Source : Tableau de répartition des compétences - Action sociale et santé, Ministère de la cohésion des territoires, 16 mai 2018

Annexe n°2 : Liste des instituts et agences sous la tutelle de l'Etat et participant au système de santé français.

- Liste des agences et opérateurs :
- 119 : Allô Enfance en danger (SNATED)
- ABM (Agence de la biomédecine)
- ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale)
- AFA (Agence française de l'adoption)
- ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)
- ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux)
- ANFH (Association nationale pour la formation des hospitaliers)
- ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)
- ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)
- ARS (Agences régionales de santé)
- ASIP SANTÉ (Agence des systèmes d'information partagés de santé)
- ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)
- CLEISS (Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale)
- CNAF (Caisse nationale des allocations familiales)
- CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés)
- CNAVTS (Caisse nationale de l'assurance vieillesse de travailleurs salariés)
- CNG (Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de directions de la fonction publique)
- CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)
- EFS (Etablissement français du sang)
- EHESP (École des hautes études en santé publique)
- EN3S (Ecole nationale supérieure de sécurité sociale)
- EPRUS (Etablissement de préparation de réponse aux urgences sanitaires)
- GIP Enfance en danger
- INCa (Institut national du cancer)
- INJA (Institut national des jeunes aveugles)
- INJS (Institut national des jeunes sourds)
- INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
- INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale)
- INVS (Institut de veille sanitaire)
- IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
- MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées)
- ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections)
- ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance, ex-ONED)
- Santé publique France

Annexe n°3 : Services remplacés par la création des ARS en 2009 (loi HPST)

Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) : Institution ministérielle déconcentrée et chargée de la gestion en région, des hospitalisations publiques et privées

La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) : institution étatique déconcentrée et chargée en département, d'un ensemble de missions relatives à la politique sanitaire, sociale et médico-sociale.

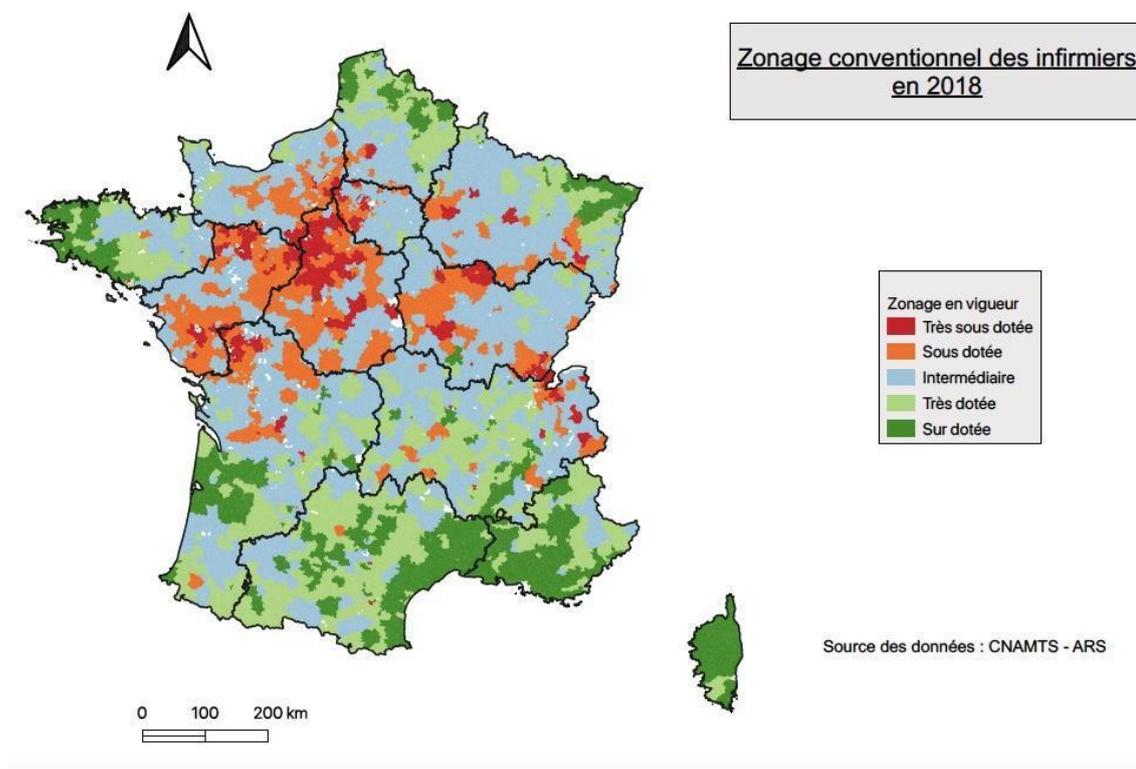
La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) : institution étatique déconcentrée et chargée à l'échelle régionale, d'assurer des missions similaires à celles de la DDASS).

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) : Organisme déconcentré de la Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) chargée de définir une politique territoriale de dépenses en soins de ville, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale.

La Mission Régionale de Santé (MRS) : gestion des risques et études de démographie médicale.

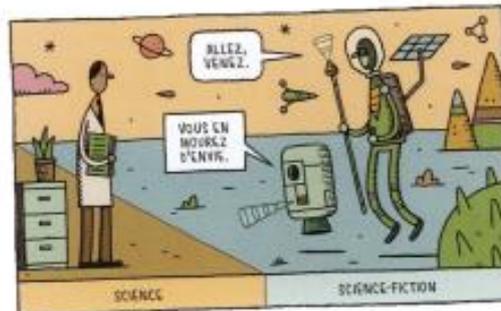
La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) : Organisme déconcentré de l'Assurance Maladie chargée d'assurer la gestion de l'assurance vieillesse et veuvage, et la coordination de la prévention des risques d'accident au travail et maladies professionnelles.

Annexe n°4 : Carte des communes françaises en fonction du zonage conventionnel des infirmiers en 2018



Source : CNAMTS – ARS, 2018. Traitement : CBD

PROJET DE RECHERCHE : l'accès à la santé en Val De Garonne



Bonjour, l'université de Bordeaux mène une étude sur l'accès à la santé en Val De Garonne.

Accepteriez-vous de répondre à quelques questions ? Cela ne vous prendra qu'un court instant ! Pour répondre, il vous suffit d'habiter le Val De Garonne.

Ce questionnaire est bien entendu anonyme. En revanche, il est individualisé, cela veut dire que vous ne répondez que pour vous-même (il ne concerne pas votre foyer ou les proches que vous avez sous votre responsabilité comme vos enfants par exemple)



L'entretien se déroulera en plusieurs parties et vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions.

Partie 1 : l'accès aux soins



En général, combien de fois par an consultez-vous votre médecin traitant ?

- Moins d'une fois par an
- 1 à 2 fois par an
- 3 à 5 fois par an
- Plus de 5 fois par an
- Au moins 1 fois par mois

Combien de temps mettez-vous pour vous rendre chez votre médecin généraliste ? (en minutes)

Comment vous rendez-vous chez votre médecin généraliste (en général) ?

- A pieds ou en vélo
- En transport en commun
- J'y vais en voiture par commodité (je pourrais y aller autrement mais je fais le choix de la voiture)
- J'y vais en voiture car je n'ai pas d'autre possibilité
- Je dois m'y faire conduire (par un proche, une connaissance, un taxi ou un transport sanitaire)

Avez-vous déjà eu des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès de votre généraliste dans un délai satisfaisant pour vous ?

- Oui, souvent Oui, rarement Non

Si oui, qu'avez-vous fait dans ce ou ces cas? (le plus souvent)

(plusieurs réponses possibles)

- J'ai attendu que mon médecin soit disponible
- Je me suis rendu / j'ai contacté un service d'urgence
- Je n'ai pas consulté de médecins
- J'ai échangé avec mon médecin par téléphone
- J'ai consulté un autre médecin

En général, combien de fois par an consultez-vous des médecins spécialistes ?

- Jamais
- 1 fois par trimestre
- Moins d'une fois par an
- 1 fois tous les 2 mois
- 1 fois par an
- 1 fois tous les mois
- 1 fois tous les 6 mois
- Plusieurs fois par mois

Quand vous avez eu besoin de consulter un spécialiste, est-ce que vous avez déjà été confronté aux problèmes suivants :

	Souvent	Rarement	Non
Des délais d'attente très longs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des spécialistes qui ne prennent pas de nouveaux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas de spécialiste à proximité du lieu de résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

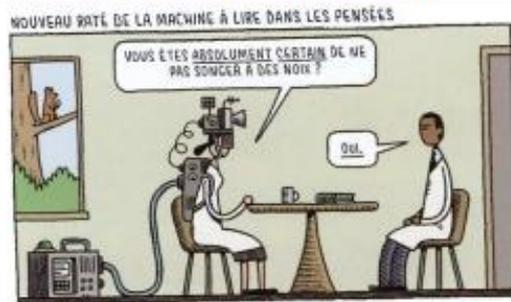
SI OUI, pouvez-vous préciser le type de spécialistes pour lesquelles vous avez rencontré des difficultés ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Hépatologie (foie) | <input type="checkbox"/> Orthopédie (appareil locomoteur) |
| <input type="checkbox"/> Anatomopathologie (examen des tissus) | <input type="checkbox"/> Immunologie (système immunitaire) | <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie (oreille, nez, larynx) |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie | <input type="checkbox"/> Infectiologie (infections) | <input type="checkbox"/> Pédiatrie (enfants) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie (coeur) | <input type="checkbox"/> Médecine d'urgence | <input type="checkbox"/> Pneumologie (poumons) |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie (peau) | <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie (hormones) | <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie (tube digestif) | <input type="checkbox"/> Néphrologie (reins) | <input type="checkbox"/> Rhumatologie (articulations) |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Neurologie (système nerveux) | <input type="checkbox"/> Urologie (voies génito-urinaires) |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie - Obstétrique | <input type="checkbox"/> Oncologie (cancers) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Hématologie (sang) | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie (yeux) | |

Si 'Autre' précisez :

Partie 2 : Usages de la télémédecine



Est-ce que vous avez déjà entendu parler de « télémédecine » ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

- Ne connaît pas du tout
 Vague idée
 Bonne connaissance de ce qu'est la télémédecine

La télémédecine, c'est l'exercice de la médecine par le biais des technologies et des télécommunications.

Dans cette enquête, on va s'intéresser plus particulièrement à la téléconsultation c'est à dire aux consultations réalisées via Internet (visio) d'un patient par un médecin.

Avez-vous déjà effectué une téléconsultation ?

- Oui, une seule fois
 Oui, plusieurs fois
 Non

SI OUI (vous avez déjà eu recours à la téléconsultation, une seule ou plusieurs fois) :
Avez-vous été satisfait de cette/ces expérience(s) ?

- Très satisfait Assez satisfait Assez peu satisfait Pas satisfait du tout

Avec qui avez-vous eu recours à la téléconsultation :

(Plusieurs réponses possibles)

- Avec votre médecin généraliste
L'aviez-vous consulté avant ?
 Oui
 Non
- Avec un médecin généraliste autre que votre médecin traitant
L'aviez-vous consulté avant ?
 Oui
 Non
- Avec un médecin spécialiste
L'aviez-vous consulté avant ?
 Oui
 Non

Si un médecin que vous connaissez déjà vous proposait une téléconsultation, seriez-vous d'accord ?

- Oui
 Oui, mais uniquement pour des cas particuliers (renouvellement d'ordonnance, attestation assurance, certificat médical)
 Oui, mais uniquement si je n'ai pas d'autres possibilités.
 Non

Étiez-vous accompagné lors de votre/vos téléconsultations ?

(plusieurs réponses possibles)

- Oui par un proche Oui par un professionnel de santé Non, je n'en ai pas eu besoin Non mais j'en aurai eu besoin

Et enfin, seriez-vous prêt à renouveler l'expérience ?

- Oui
 Oui, mais uniquement pour des cas particuliers (renouvellement d'ordonnance, attestation assurance, certificat médical)
 Oui, mais uniquement si je n'ai pas d'autres possibilités.
 Non



Partie 3 : Perception de la télémédecine

Pour chacune des affirmations suivantes dites-moi si vous êtes d'accord ou pas

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas
La téléconsultation est aussi efficace qu'une consultation physique (sauf pour des cas particuliers nécessitant un examen clinique)	<input type="radio"/>				
La télémédecine détériore la relation du patient et du médecin (perte du contact humain par exemple)	<input type="radio"/>				
La téléconsultation crée des risques liés aux données personnelles (piratage, fuite, récupération)	<input type="radio"/>				
La téléconsultation crée des risques d'erreurs médicales plus importantes	<input type="radio"/>				
La télémédecine est utile pour pallier le manque de médecins dans certaines zones	<input type="radio"/>				
Je me sens capable de savoir si j'ai besoin d'un examen clinique (palpation, etc).	<input type="radio"/>				

Partie 4 : Vous et la perception de votre santé

Globalement (c'est-à-dire pas à l'instant t) comment vous sentez vous en matière de santé ?

- Je me sens en très bonne santé
 Je me sens en très mauvaise santé
 Je me sens en bonne santé
 Je ne souhaite pas répondre à cette question
 Je me sens en mauvaise santé

Devez-vous faire l'objet d'un suivi régulier par des professionnels de la santé ?

- Oui
 Non (pas besoin)
 Non, mais j'aimerais bien
 Je ne souhaite pas répondre à cette question

Globalement, sur une échelle de 0 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur l'offre de santé sur votre lieu de vie ? (au sens de la disponibilité et de l'accès, pas au sens de la qualité des soins)

0 10

Plus précisément, quel est votre niveau de satisfaction sur l'offre de santé publique (ou conventionnée c'est à dire sans dépassement d'honoraire) sur votre lieu de vie ?

0 10

En matière de soins, qu'est-ce qui vous semble le plus manquer sur votre lieu de vie ?

Pour finir, parlons un peu de vous

Puis-je vous demander votre âge ?

Quel est votre code postal ? (résidence principale)

De combien de personnes se composent votre foyer (vous y compris) ?

Vous êtes :

Un homme Une femme Je m'identifie comme

Si 'Je m'identifie comme' précisez :

Quelle est votre situation professionnelle ? votre métier ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Etudiant | <input type="radio"/> Salarié de la fonction publique |
| <input type="radio"/> En formation / reconversion | <input type="radio"/> Sans profession et autres inactifs en âge de travailler |
| <input type="radio"/> Retraité | <input type="radio"/> Chef d'entreprise ou profession libérale |
| <input type="radio"/> Indépendant (artisans/commerçant) | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Salarié privé non cadre | |

Si 'Autre' précisez :

Vous occupez-vous d'un ou plusieurs proche(s) ? (ou avez-vous à votre charge un ou plusieurs proche(s)?)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, un ou plusieurs enfants | <input type="checkbox"/> Oui, une ou plusieurs personnes majeures dépendantes (situation de handicap etc...) |
| <input type="checkbox"/> Oui, une ou plusieurs personnes âgées | <input type="checkbox"/> Non |

Êtes-vous confronté à des difficultés pour assurer leur suivi médical et en santé

(plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Pédiatre | <input type="checkbox"/> 4. Aide-soignant | <input type="checkbox"/> 7. Kiné | <input type="checkbox"/> 10. Autre |
| <input type="checkbox"/> 2. Médecine générale | <input type="checkbox"/> 5. Aide à domicile | <input type="checkbox"/> 8. Psy | |
| <input type="checkbox"/> 3. Médecins spécialistes
(hors pédiatre) | <input type="checkbox"/> 6. Infirmier | <input type="checkbox"/> 9. Dentiste | |

Autre, précisez :

Pour terminer, avez-vous des commentaires à faire ou souhaitez-vous ajouter quelque chose ?



Un grand merci pour votre implication, cela va beaucoup nous aider pour nos études à l'Université de Bordeaux de manière à améliorer l'accès aux soins en Val de Garonne !

université
de **BORDEAUX**

PROJET DE RECHERCHE : l'accès à la santé en Val De Garonne

Annexe n°6 : Composition des gammes d'équipements, BPE, 2020

Gamme	Domaine	Equipement	Code
Proximité	Services aux particuliers	Bureau de poste, relais poste, agence postale	A206 ; A207 ; A208
		Réparation automobile et de matériel agricole	A301
		Maçon	A401
		Plâtrier, peintre	A402
		Menuisier, charpentier, serrurier	A403
		Plombier, couvreur, chauffagiste	A404
		Electricien	A405
		Entreprise générale du bâtiment	A406
		Coiffure	A501
		Restaurant, restaurant rapide	A504
		Agence immobilière	A505
		Institut de beauté - ongles	A507
	Commerces	Epicerie, supérette	B201 ; B202
		Boulangerie	B203
		Boucherie, charcuterie	B204
		Fleuriste - jardinerie - animalerie	B312
	Enseignement	Ecole élémentaire	C104 ; C105
	Santé	Médecin généraliste	D201
		Chirurgien-dentiste	D221
		Infirmier	D232
		Masseur kinésithérapeute	D233
		Pharmacie	D307
	Transport et déplacements	Taxi - VTC	E101

	Sports, loisirs et culture	Boulodrome	F102
		Tennis	F103
		Salle ou terrain multisports	F111 ; F116 ; F121
		Terrain de grands jeux	F113
		Bibliothèque	F307
Intermédiaire	Services aux particuliers	Police, gendarmerie	A101 ; A104
		Centre de finances publiques	A120 ; A121
		Maisons de services au public, France Services	A127
		Banque, Caisse d'Epargne	A203
		Services funéraires	A205
		Contrôle technique automobile	A302
		Ecole de conduite	A304
		Vétérinaire	A502
		Pressing - Laverie automatique	A506
	Commerces	Supermarché	B102
		Librairie, papeterie, journaux	B301
		Magasin de vêtements	B302
		Magasin d'équipements du foyer	B303
		Magasin de chaussures	B304
		Magasin d'électroménager et de matériel audio-vidéo	B305
		Magasin de meubles	B306
		Magasin d'article de sports et de loisirs	B307
		Droguerie, quincaillerie, bricolage	B103 ; B309
		Horlogerie, bijouterie	B311

		Magasin d'optique	B313
		Magasin de matériel médical et orthopédique	B315
		Station-service	B316
	Enseignement	Ecole maternelle	C101 ; C102
		Collège	C201
	Santé	Sage-femme	D231
		Orthophoniste	D235
		Pédicure, podologue	D237
		Psychologue	D243
		Laboratoire d'analyse et de biologie médicale	D302
		Ambulance	D303
		Personnes âgées : hébergement	D401
		Personnes âgées : services d'aide	D403
		Crèche	D502
	Sports, loisirs et cultures	Salle de sport spécialisée	F102 ; F114 ; F120
		Bassin de natation	F101
Athlétisme		F107	
Roller, skate, vélo bicross ou fresstyle		F117	
Supérieure	Services aux particuliers	Pôle emploi : réseau de proximité	A122
		Location d'automobiles et d'utilitaires légers	A303
		Agence de travail temporaire	A503
	Commerces	Hypermarché	B101
		Produits surgelés	B205

		Poissonnerie	B206
		Magasin de revêtements murs et sols	B308
		Parfumerie - cosmétique	B310
	Enseignement	Lycée d'enseignement général et/ou technologique	C301 ; C304
		Lycée d'enseignement professionnel	C302 ; C305
		Formation santé	C402
		Centre de formation d'apprentis (hors agriculture)	C601
	Santé	Établissement de santé de court séjour	D101
		Établissement de santé de moyen séjour	D102
		Établissement de santé de long séjour	D103
		Etablissement psychiatrique	D104
		Urgences	D106
		Centre de santé	D108
		Structures psychiatriques en ambulatoire	D109
		Dialyse	D111
		Spécialiste en cardiologie	D202
		Spécialiste en dermatologie et vénéréologie	D203
		Spécialiste en gynécologie	D214
		Spécialiste en gastro-entérologie, hépatologie	D206
Spécialiste en psychiatrie		D207	
Spécialiste en ophtalmologie		D208	
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie		D209	

		Spécialiste en pédiatrie	D210
		Spécialiste en pneumologie	D211
		Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale	D212
		Orthoptiste	D236
		Audioprothésiste	D238
		Psychomotricien	D240
		Diététicien	D242
		Personnes âgées : soins à domicile	D402
		Enfants handicapés : hébergement	D601
		Enfants handicapés : services à domicile ou ambulatoires	D602
		Adultes handicapés : accueil, hébergement	D603
		Adultes handicapés : services d'aide	D604
		Travail protégé	D605
		Adultes handicapés : services de soins à domicile	D606
		Aide sociale à l'enfance : hébergement	D701
	Transports et déplacements	Gare	E107 ; E108 ; E109
	Sports, loisirs et cultures	Parcours sportif / santé	F109
		Théâtre, art de rue, cirque	F306
		Cinéma	F303
		Lieux d'exposition et patrimoine	F309

Source : Gamme des services de l'Insee, 2020

Annexe n°7 : Grille de rémunération de l'accord conventionnel interprofessionnel

Axe 1 : Accès aux soins		
Objectif	Indicateur(s)	Points attribués
Accessibilité	-Amplitude horaire (ouverture de lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h et pendant les congés scolaires) -Organisation des soins non programmés (définition de plages horaires entre médecins de la MSP pour la régulation des demandes physiques et téléphoniques)	800 points
Diversité des soins au sein de la MSP	Une profession médicale supplémentaire à la médecine générale OU (niveau 1) / ET (niveau 2) trois professions paramédicales différentes	250 points pour le niveau 1 et 250 points supplémentaires pour le niveau 2
Diversité des soins extérieurs à la MSP	-Organisation de consultations de second recours extérieures: 2 jours de vacation par mois en moyenne (niveau 1) ou au moins 2,5 jours par semaine	250 points pour le niveau 1 et 250 points supplémentaires pour le niveau 2
Santé publique	Réalisation de missions de santé publique sur les thématiques listées en annexe à la signature du contrat ou en cohérence avec le PRS	350 points par mission (2 missions maximum)
Satisfaction des patients	Mise en place d'outils de mesure et d'amélioration portant sur l'accueil, l'écoute, l'attente, l'accompagnement dans les démarches	100 points
Axe 2 : Travail en équipe		
Fonction de coordination	Réalisation des fonctions de coordination (animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et dossiers patients, relations avec les institutions, etc.).	700 points part variable fonction de la patientèle (1 350 points par tranche de 4 000 patients jusqu'à 8 000 patients, 1 000 points par tranche de 4 000 au-delà)
Protocoles pluri professionnelles	Établir des protocoles pour la prise en charge et le suivi des patients	100 points (8 protocoles maximum)
Concertation pluriprofessionnelle	-Réalisation de réunions entre professionnels autour de cas patients afin de définir la stratégie de prise en charge et coordonner sa prise en charge.	1 000 points en fonction de la patientèle
Formation de professionnels de santé	Accueil d'au moins 2 stagiaires par an	400 points
Coordination avec les professionnels et structures extérieurs	Mise en place d'une procédure de transmission des données de santé des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure	200 points (par tranche de 4 000 patients)
Axe 3 : Système d'information partagé		
Système d'information labellisé niveau 1 ANS ⁵³	-Mise en place au sein de la MSP d'un système d'information labellisé par l'ANS "niveau standard"	500 points + 200 points par professionnel associé
Système d'information labellisé niveau 2 ANS	-Mise en place au sein de la MSP d'un système d'information labellisé par l'ANS "niveau avancé"	100 points fixes

Source : Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné en soins primaires en Nouvelle-Aquitaine, 2020

⁵³L'Agence du Numérique en Santé met en place un label "e-santé Logiciel Maisons et Centres de Santé" visant à fournir un référentiel et une classification plus simple des fonctions offertes

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES :

Arrow, R. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review* 53
<https://doi.org/10.1215/03616878-26-5-851>

Bontron, J.-C. (2013). L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : Problématiques et expériences. *Gérontologie et société*, 36 / n° 146(3), 153.
<http://dx.doi.org/10.3917/g.s.146.0153>

Chevillard, G., Lucas - Gabrielli, V., Mousquès, J. (2018). "Déserts médicaux" en France : État des lieux et perspectives de recherches, 2018/4 (Tome 47), Cairn.
<http://dx.doi.org/10.3917/eg.474.0362>

Delattre, E., Dormont, B. (2003). Fixed fees and physician-induced demand : A panel data study on French physicians. *Health Economics Review*, 12(9)
<https://doi.org/10.1002/hec.823>

Dumontet, M., Samson, AL., Franc, C. (2016). Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice? *Revue Française d'Économie*, 31(4), p221-p264.
hal-01609915

Faure, O. (2016). "Déplaudé Marc-Olivier, La hantise du nombre : une histoire des *numerus clausus* de médecine", *Histoire, médecine et santé*, 10|2016, 100-102.
<https://doi.org/10.4000/hms.1056>

Guagliardo, M. F. (2004). *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 3.
<https://doi.org/10.1186/1476-072x-3-3>

Krugman, P. (1991), Increasing returns and economic geography, *Journal of political economy*, 99, pp. 483-499.
<https://doi.org/10.1086/261763>

Luo, W., Wang, F. (2003). Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment : synthesis and a case study in the Chicago region". *Environment and Planning B : Planning and Design*, Pion Ltd, London, vol 30(6), p865 - p884.
<http://dx.doi.org/10.1068/b29120>

McGuire, Th. (2000), Physician agency. *Handbook of Health Economics*, chapter 1, vol 1, p461 - p536
[https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80168-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80168-7)

Mousquès, J. (2011). Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance. *Revue française des affaires sociales*, "Le métier de médecin", p254 - p275
<http://dx.doi.org/10.3917/rfas.112.0253>

Ono, T., M. Schoenstein and J.Buchan (2014). Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers*, No. 69, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Radke, J., Mu, L. (2000). Spatial decomposition, modeling and mapping service regions to predict access to social programs. *Geographic Information Sciences*, 6, p105 - p112.

<https://doi.org/10.1080/10824000009480538>

Scott, A. (2000). Economics of general practice. *Handbook of Health Economics*, chapter 2, vol 1, p1175 - p1200.

[https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80035-9](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80035-9)

Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I. (2015). Les maladies chroniques : Tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé Publique*, S1(HS),

<https://doi.org/10.3917/spub.150.0189>

Weinhold, I., Gurtner, S., (2014). "Understanding shortages of sufficient health care in rural areas". *Health Policy*, vol. 118, n°2, p.201 - 214.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>

RAPPORTS D'ETUDE :

Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., Millien, C., Vergier, N., (2018). 10 000 médecins de plus depuis 2012. Études et résultats, DREES (n°1061), 4 p.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf

Afrite, A., Bourgueil, Y., Fabien, D., Mousquès, J. (2013). L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la santé*, n°189, IRDES.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. *Les dossiers de la DREES* (n°76).

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

Barlet, M., Collin, C. (2009). Localisation des professionnels de santé libéraux. *Comptes nationaux de la santé*, 27-56

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf

Barlet, M., Gabrielli - Lucas, V., Coldefy, M., Collin, C (2012). L'accessibilité Potentielle Localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes. *Études et résultats*, (795).

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>

Berland, Y. (2005). Commission démographie médicale. La documentation française. Paris. 62p

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000315.pdf>

Bernier, M., (2008). Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris : Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

Bignon, J., Peiro, G., (2012). Rapport d'information déposé au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'aménagement du territoire en milieu rural. Assemblée nationale (n°4301). <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4301-tl.pdf>

Breuil-Genier, P., Sicart, D. (2005), La situation professionnelle des conjoints de médecins. Études et résultats (N°430). <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=340318>

Bruguière, M. (2011). Rapport d'information sur les territoires et la santé au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation. Sénat, (n°600). <https://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6000.html>

Cardoux, J.-N., Daudigny, Y., (2017). Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et contrôle de la sécurité sociale, de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Paris : Sénat, n°686, 130 p. <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2021). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé n°258, IRDES. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>

Chevillard, G., Mousquès, J. (2019). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. IRDES, (DT n°76). <https://doi.org/10.4000/cybergeogeo.29737>

Chevillard, G., Mousquès, J. (2020) Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins?, Questions d'Économie de la Santé n°247 <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>

De Lacaussade, G. (2011). Les agences régionales de santé : missions et organisation, No. 74, adsp. [adsp n° 74 - Les agences régionales de santé, un an après \(hcsp.fr\)](http://www.adsp.fr/IMG/pdf/adsp_n_74_-_Les_agences_regionales_de_sante_un_an_apres_hcsp_fr.pdf)

Descours C. (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport remis au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. <https://www.vie-publique-fr.ezproxy.u-pec.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000383.pdf>

Fauchier-Magnan, E., Wallon, V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé ; Appui à la DGOS. Inspection générale des affaires sociales, n°2018-041R. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Faure, O., Garot, G., Le Foll, S., Battistel, M.-N., Biémouret G., Bricourt J.-L., Pires-Beaune C., Untermaier, C., Aviragnet, J., (2017). Proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Paris : Assemblée Nationale, n°477, 8 p. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0477_proposition-loi

Ferrier, C., Renaud, P., Labia, P., Berlizot, T., Morel, M. (2014). Évaluation du dispositif de revitalisation rurale (ZRR). <https://www.vie-publique-fr.ezproxy.u-pec.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000053.pdf>

Hubert, E., (2010). Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris : La Documentation française. 184 p. http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport_hubert.pdf

Le Menn, J., Milon, A. (2014) Rapport d'information sur les agences régionales de santé au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales. Sénat (n°400)

<https://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.pdf>

Legendre, B. (2020). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, No. 1144, DREES

[er1144.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/er1144.pdf)

Legendre, B. (2021). Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux, No. 1206, DREES

[ER1206.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/ER1206.pdf)

Lorenceau, A. (2009). L'impact d'exonérations fiscales sur la création d'établissements et l'emploi en France rurale : une approche par discontinuité de la régression, No. 2009-54, Ecole d'économie de Paris [L'impact d'exonérations fiscales sur la création d'établissements et l'emploi en France rurale: une approche par discontinuité de la régression \(archives-ouvertes.fr\)](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00421111/document)

Maurey, H., (2013). Déserts médicaux : agir vraiment. Paris : Sénat, rapport d'information n°335, 134 p.

<https://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

Maurey, H., Longeot, J. (2020). Rapport d'information par le groupe sur les déserts médicaux. Sénat (n°282).

<https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2821.pdf>

Marié, R. (2012). La politique de la répartition géographique des médecins libéraux en question. UMR CNRS 6297.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199520>

Mouiller, P., Schillinger, P., (2021). Rapport d'information sur les collectivités territoriales à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation

<http://www2.senat.fr/rap/r21-063/r21-06313.html>

Mousquès, J., Daniel, F. (2015) L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Questions d'économie de la santé n°210.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>

Vergier, N., Chaput, H. (2017). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?. DREES, (n°17).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

OUVRAGE :

Babinet, O., Isnard Bagnis, C. (2021). Les déserts médicaux en question(s), Hygée Editions. 166p

Chevillard G., Dumontet M., (2020). Remédier aux déserts médicaux. Rued'Ulm, Paris, Cepremap. 120p

Picheral, H. (2001). Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Université Montpellier III/GEOS. 308p

Raynaud, J., (2013). L'accès aux soins : des perceptions des territoires aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. Montpellier : université Paul Valéry - Montpellier 3, 426 p.

THESE DE DOCTORAT :

Chevillard, G. (2015). Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Thèse de doctorat, Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01225027/document>

Christaller, W. (1933), Les lieux centraux dans le sud de l'Allemagne. Thèse de doctorat

Dumontet, M., (2015). Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? Analyses microéconomiques de l'offre de soins. Thèse de doctorat, Université Paris-Dauphine <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=188796886>

Vigé, M., (2017). Iniquités de recours aux soins, gouvernance territoriale de la santé, contributions empiriques à la définition des politiques publiques. Thèse de doctorat, Université de Poitiers, ARS Nouvelle-Aquitaine. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.18465.04963>

PRESSE :

Raynaud, J., Le Bouler, S. (2021). MSP et CPTS, des organisations efficaces pour l'accès aux soins? *Concours pluripro, le magazine de l'exercice coordonné*. Le 10 mars 2021. <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/coordination/msp-et-cpts-des-organisations-efficaces-pour-laces-aux>

BASE DE DONNEES :

Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes et masseurs kinésithérapeutes ; Communes ; 2018 ; DREES

BPE 2020 et 2021, INSEE

Démographie communale, 2018, INSEE

Classement des communes en Aire d'Attraction des Villes, 2020, INSEE

Classement des communes en Zone de Revitalisation Rurale - ZRR, communes, 2021, Observatoire des territoires

Grille communale de densité, 2022, INSEE

Zonage médecin en France métropolitaine, 2019, INSEE

ENQUETE :

Conseil National de l'Ordre des Médecins (2019). Enquête sur les déterminants à l'installation. [ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS \(conseil-national.medecin.fr\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/etude-sur-l-installation-des-jeunes-medecins)

INSEE, INRETS, (2008). Enquête nationale Transports et déplacements (ENTD).
[ENQUÊTE NATIONALE TRANSPORTS ET DÉPLACEMENTS](#)