

> L'accessibilité aux soins des français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face. <

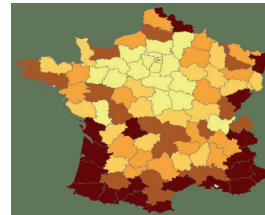
En termes géographiques, le désert est initialement un espace aux caractéristiques climatiques hostiles pour l'habitat, notamment avec de très faibles précipitations [1]. Par extension, il a été ainsi associé à des espaces de très faible densité humaine. Ce concept ou ses synonymes ont été utilisés pour illustrer les disparités territoriales françaises, par exemple en identifiant la « diagonale du vide » [2], c'est-à-dire les espaces ruraux faiblement peuplés s'étirant des Landes aux Ardennes. L'expression de « désert médical » est quant à elle largement utilisée pour qualifier des difficultés d'accès aux soins sur le territoire. Nous proposons ici de discuter la notion et les constats établis à partir des mesures d'accessibilité aux médecins généralistes libéraux existantes. Cela permet de montrer de la sorte la pluralité de situations pouvant être qualifiées de déserts médicaux et la confusion que peut générer ce concept. Nous aborderons enfin les réponses des pouvoirs publics face aux problèmes de répartition géographique des médecins généralistes.

Les manières de mesurer l'accessibilité aux soins

L'accès aux soins est pluridimensionnel : la disponibilité de l'offre, l'accessibilité géographique à celle-ci

« Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?

Véronique Lucas-Gabrielli, Guillaume Chevillard



Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes),
117bis, rue Manin, 75019 Paris, France.

lucas@irdes.fr
chevillard@irdes.fr

(e.g. distance), l'organisation des services de santé (e.g. horaires d'ouverture des cabinets), l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins en sont les composantes [3]. Il convient par ailleurs de distinguer l'accès effectif de l'accessibilité, qui définit la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de soins [4]. C'est dans le cadre de cette dernière que s'inscrit le débat sur la définition de la notion de désert médical.

Plusieurs approches permettent de qualifier l'accessibilité aux soins. Historiquement, la densité de médecins, rapportant le niveau d'offre d'un territoire à la population concernée, est l'indicateur le plus utilisé. Facilement calculable, il met en évidence les écarts de dotation entre territoires. Des inégalités géographiques de dotation de médecins, souvent anciennes et largement documentées [5], se traduisent par des disparités à la fois inter et infrarégionales. Si les disparités entre régions françaises sont moins importantes que celles mesurées en moyenne dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [6], de fortes disparités existent par contre au sein des régions [7]. Les départements des littoraux atlantique et méditerranéen sont mieux dotés pour les médecins généralistes libéraux alors que d'autres, en particulier dans le centre de la France et la grande périphérie parisienne, apparaissent sous-dotés (Figure 1). À une échelle plus fine, celle des territoires de vie¹, de nouvelles inégalités apparaissent entre espaces urbains et ruraux, et ceci à zonage constant. Si en 2004, les espaces ruraux étaient mieux dotés en médecins généralistes libéraux que les espaces urbains, ce n'est plus le cas en 2015 (Tableau 1). Durant cette période, le nombre

¹ Les bassins de vie sont les territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus courants. Les territoires de vie découpent les bassins de vie de plus de 50 000 habitants autour de pôles de services pour mieux rendre compte de leur diversité. La France métropolitaine est ainsi découpée en 2 677 territoires de vie.



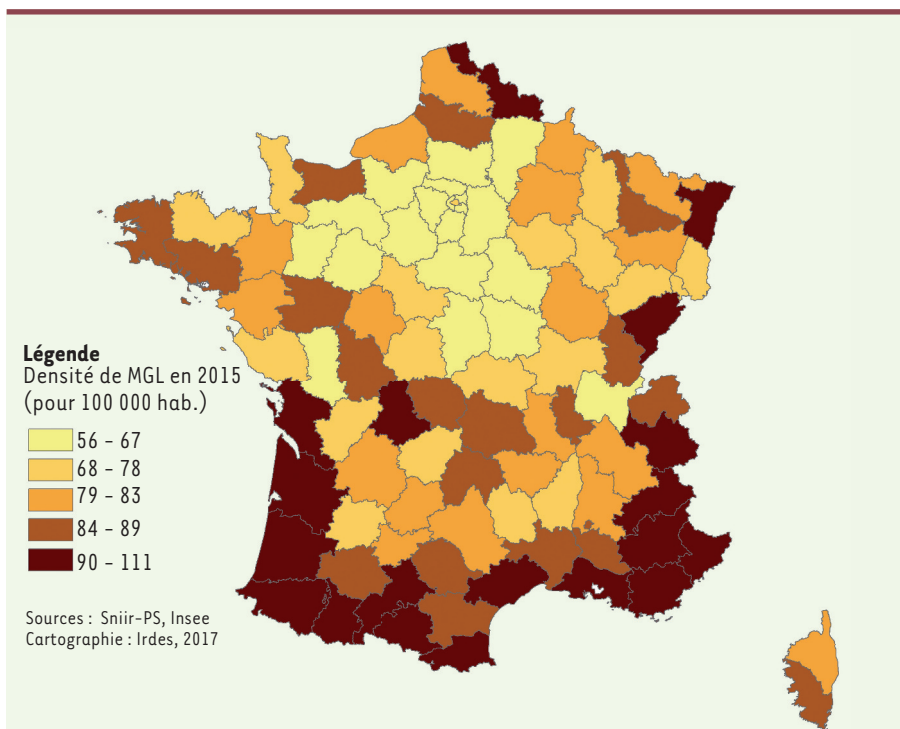


Figure 1. Densité de médecins généralistes libéraux (MGL) par département en 2015.

chacune, apportent une information différente, l'une en termes de dotation et l'autre en termes d'éloignement. Ainsi, l'accessibilité potentielle localisée (APL) [11, 12] est un indicateur local calculé au niveau de chaque commune, mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. On considère ainsi que les habitants peuvent accéder à l'ensemble des médecins des communes situées à une distance de leur commune inférieure à une distance de référence (zone de recours – Figure 2). Dans le même temps, chaque médecin répond potentiellement

de médecins généralistes libéraux diminue en France, de manière plus prononcée dans les territoires de vie ruraux, et les écarts interdépartementaux entre les espaces les mieux dotés et les moins dotés s'accroissent, illustrant une aggravation des inégalités territoriales. Pour les médecins spécialistes, les inégalités géographiques sont plus marquées encore, car ils sont principalement situés dans les villes moyennes et les plus grandes villes, soit moins de 5 % des communes françaises desservant entre 30 et 50 % de la population [9].

La distance d'accès est l'autre indicateur classiquement mobilisé. C'est une mesure simple pour considérer la plus ou moins grande proximité aux soins. La distance au service le plus proche permet de mettre en évidence des seuils au-delà desquels l'accès à une spécialité, une discipline hospitalière ou un équipement lourd devient difficile, et de localiser et quantifier les populations qui vivent loin des soins. En calculant la distance par la route pour chaque commune française, on montre ainsi que 98 % de la population française peut accéder à un médecin généraliste en moins de 10 minutes, et que plus des trois quarts de la population résident à moins de 20 minutes de médecins spécialistes en accès direct : ophtalmologues, pédiatres, psychiatres et gynécologues [10]. Les régions rurales à faible densité de population, en particulier la Corse et l'Auvergne, sont identifiées comme celles qui cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. D'autres régions sont aussi particulièrement concernées ; pour les soins de proximité : la Corse, l'Auvergne et la région Champagne-Ardenne ; pour les soins spécialisés en ville ou à l'hôpital : le Limousin et la Bourgogne.

Des progrès méthodologiques ont amélioré la qualification de l'accessibilité aux soins en croisant les notions de densité et de distance qui,

à la demande de tous les habitants des communes situées à une distance inférieure à cette distance de référence (zone de patientèle – Figure 2). De plus, le niveau d'offre est mesuré en nombre d'actes produits, afin de tenir compte de la forte variabilité de l'activité des médecins.

Calculé au niveau communal, l'APL présente une plus grande variabilité que les indicateurs habituellement utilisés (temps d'accès, densité par bassin de vie, etc.). En 2015, l'APL moyenne exprimée en nombre d'actes annuels réalisés par les médecins généralistes est de 3,3 consultations par habitant et par an, mais elle est inférieure à 1,3 pour les habitants des 5 % de communes ayant l'accessibilité la plus faible, et supérieure à 5,4 pour les habitants des 5 % des communes ayant l'accessibilité la plus élevée (Figure 3).

Outre la densité, la distance ou l'accessibilité potentielle, d'autres approches qualifient les espaces français sur plusieurs dimensions (offre de soins, besoins de soins, mais aussi attractivité et structure des territoires, etc.) à partir de typologies spatiales [13,14]. Elles proposent ainsi une vision plus large de ces espaces en reliant ces questions d'accessibilité aux soins aux questions d'aménagement du territoire. Elles qualifient, par exemple, des espaces avec des déséquilibres entre offre et besoins de soins au regard du contexte socio-économique et démographique des territoires (e.g. espaces périurbains sous-dotés en forte croissance, marges rurales vieillissantes, éloignées et peu attractives, etc.).

² Les déciles sont les valeurs qui partagent une distribution en dix parties égales.

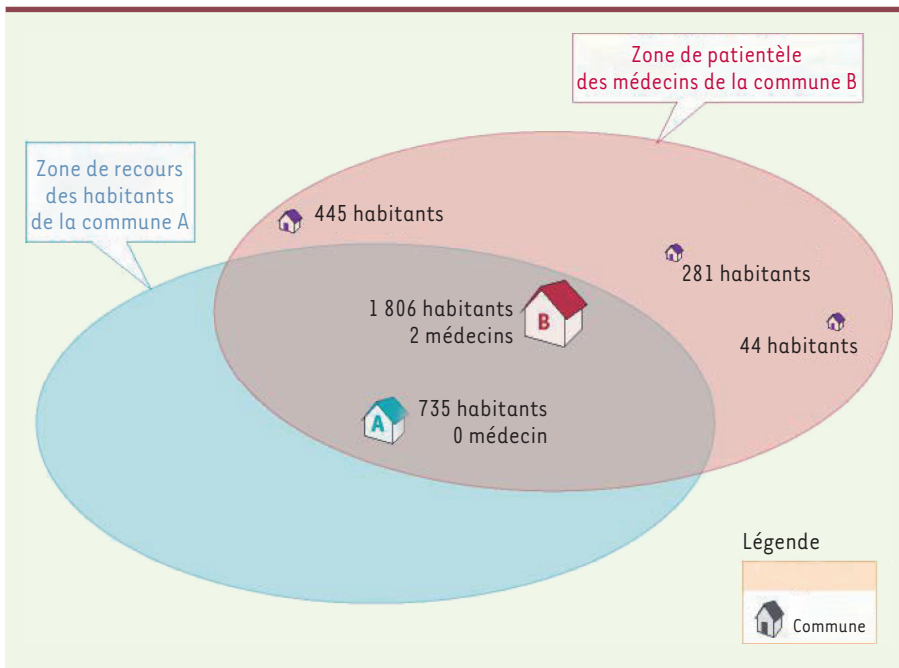


Figure 2. Exemple de zone de patientèle et de zone de recours.

La gestion des « déserts médicaux » par les pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont tout d'abord utilisé le *numerus clausus*, qui régule le nombre d'étudiants admis en 2^e année de médecine, pour faire face soit à la pénurie soit à la « pléthore » de médecins avec, cependant, des effets décalés dans le temps, dus à la durée des études (au minimum 9 ans). Pour autant, l'augmentation du *numerus clausus* depuis le début des années 2000 n'a pas

eu d'incidence notable sur les inégalités territoriales d'offre de médecins généralistes. La médecine générale étant délaissée au moment du choix de la spécialité s'opérant à la suite des épreuves classantes nationales (ECN) [19], les effectifs de médecins généralistes nouvellement formés ne compensent pas ceux partant à la retraite. Par ailleurs, le *numerus clausus* ne s'accompagne pas d'une régulation géographique fine de l'installation des médecins, ceux-ci étant libres de s'installer où ils le souhaitent. Ceci est toutefois nuancé par le fait que les capacités de formation ont été rééquilibrées récemment au profit des régions sous-dotées en médecins, et que la majorité des médecins formés s'installent dans leur région de formation [20].

Pour compléter le *numerus clausus*, les pouvoirs publics ont défini, depuis 2005, des zones sur lesquelles sont déployées des mesures permettant d'attirer et de maintenir des médecins. Ces zones sont inscrites dans les différents schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) définis par les agences régionales de santé (ARS). Actuellement, l'APL est utilisée pour définir les zones sous-denses : les territoires dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations par habitant et par an sont automatiquement classés sous-denses. Les ARS disposent ensuite d'une marge de manœuvre pour définir d'autres zones prioritaires, dont l'APL est compris entre 2,5 et 4, ce qui représente au total 18 % de la population française [10].

Les mesures incitatives mises en œuvre pour attirer et maintenir des médecins dans les zones sous-dotées émanent de plusieurs acteurs (État, Assurance maladie,

La situation française : perspectives

Tous types de médecins confondus, la France est légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, avec près de 3,3 médecins pour 10 000 habitants, contre 3,4 en moyenne [6]. Par ailleurs, les effectifs de médecins généralistes décroissent depuis 2008 de manière continue, quand ceux des spécialistes augmentent dans le même temps [15], ce qui pose la question de l'attractivité de la médecine générale. Cette baisse des effectifs de généralistes devrait perdurer et être amplifiée sous l'effet de nombreux départs à la retraite dans les prochaines années, d'une augmentation des besoins de soins liée au vieillissement de la population, ainsi que de l'évolution des modes d'exercice qui se traduisent par une baisse de l'activité [16].

Parallèlement, les jeunes médecins généralistes, qui aspirent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, ont une préférence pour le salariat et l'exercice regroupé. Ceci peut contribuer à renforcer les inégalités territoriales quand ces choix dépendent de l'emploi du conjoint et, notamment, de la proximité d'un pôle d'emploi urbain dans lesquels les opportunités d'emploi sont plus fréquentes. Or, d'un point de vue général, l'exercice regroupé pluriprofessionnel salarié (centres de santé) ou libéral (maisons de santé) étant majoritairement implanté dans des espaces sous-dotés en médecins généralistes, cela va plutôt dans le sens d'une réduction des inégalités territoriales [17,18]. Toutefois, ces tendances, qui se cumulent ou se compensent plus ou moins fortement selon les territoires, sont plutôt de nature à renforcer les déséquilibres entre zones urbaines et rurales ou à favoriser l'apparition de zones avec des difficultés d'accès aux soins lorsque les dynamiques de démographie médicale ne permettent pas de renouveler le corps médical. L'arrivée de médecins étrangers, significative depuis 2007 [8], ne semble pas, pour l'heure, de nature à compenser les départs à la retraite ni l'érosion des effectifs de médecine générale.

Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)	2004			2015		
	Ensemble des TV	Urbain	Rural	Ensemble des TV	Urbain	Rural
Moyenne	86	85,4	86,5	79,1	80,7	77,7
Médiane	83,6	83	84,1	76,8	78,7	75,8
1 ^{er} décile	58,3	56,7	59,8	50,2	50,0	50,2
9 ^e décile	116	115,6	116,1	109,4	111,9	106,5
Rapport D9/D1	1,99	2,04	1,94	2,18	2,24	2,12

Tableau I. Densité de médecins généralistes libéraux en 2004 et 2015 selon le type de territoire de vie (TV). Données du système national d'information inter-régimes des professionnels de santé (d'après [16]) (source : Sniir-PS ; exploitation : Irdes, 2017).

collectivités territoriales) et ciblent différents moments du parcours du médecin [21]. Au cours des études, des bourses sont proposées aux étudiants s'engageant à exercer, à la fin de leurs études, dans des zones sous-dotées. Au moment de l'installation, différents contrats financiers incitatifs ou des exonérations fiscales peuvent être proposés par l'Assurance maladie (contrat d'installation) ou les ARS (contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire). Au cours de l'exercice, plusieurs dispositifs visent à améliorer les conditions d'exercice : des aides à la construction ou au fonctionnement de maisons de santé³, des exonérations fiscales pour l'emploi d'un secrétariat, ou des contrats de praticien territorial de remplacement. Des résultats encourageants sont observés : les espaces bénéficiant de l'installation de maisons de santé connaissent une évolution de l'offre de médecins généralistes plus favorable que des espaces similaires sans maisons de santé [17]. Par exemple, dans les espaces ruraux défavorisés et ceux industriels et agricoles, cette différence, significative, est de plus 3,5 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, entre 2004 et 2012. *A contrario*, les incitations financières ont été jugées coûteuses et peu efficaces par la Cour des comptes [22].

Conclusion

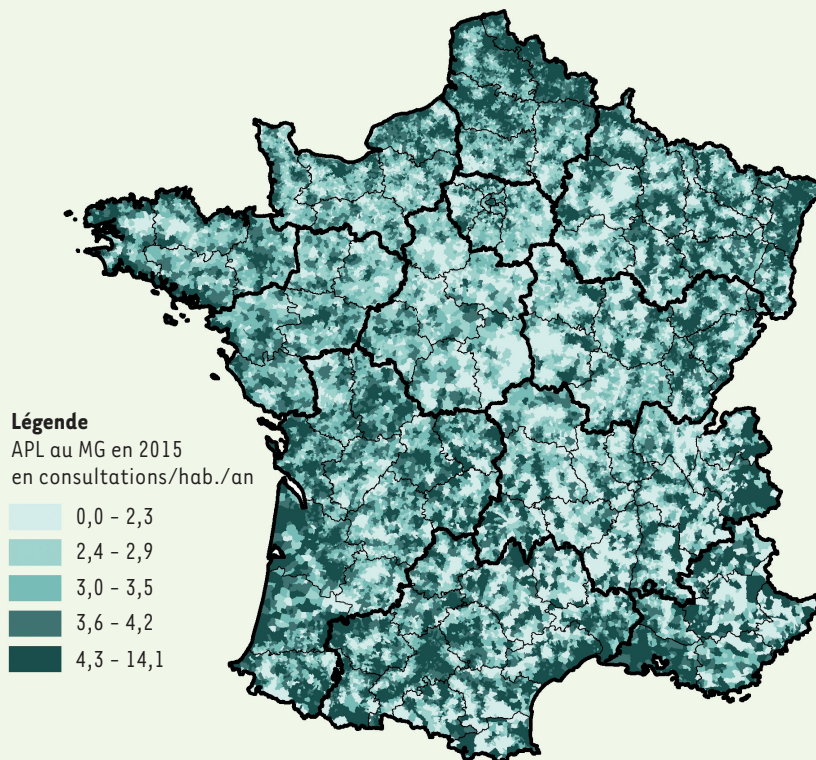
L'expression de déserts médicaux apparaît restrictive, du fait de son caractère le plus souvent binaire (absence ou présence de désert), alors que l'accessibilité aux soins est pluridimensionnelle. Si des travaux quantitatifs et nationaux permettent de décrire l'accessibilité aux soins au sein des espaces français, des améliorations restent à apporter pour renseigner d'autres dimensions, comme les délais d'attente, la satisfaction des patients ou la qualité des soins. De tels travaux existent, mais de manière éparse à

l'échelle régionale [23], et demandent à être généralisés. Ce constat montre l'intérêt des approches régionales ou infra-régionales, pour étudier les dimensions de l'accessibilité dont l'analyse est difficile au niveau national, mais aussi des approches qualitatives laissant la parole aux professionnels de santé, aux usagers ou aux régulateurs du système de santé. De surcroît, cela accrédite les travaux des ARS pour définir les zones déficitaires ainsi que les marges de manœuvre dont elles disposent pour prendre en compte leurs spécificités et, somme toute, faire face à la pluralité de déserts médicaux existants en France. L'approche des déserts médicaux, dans son acception « grand public », se focalise sur les médecins et tend à omettre les difficultés d'accès aux soins à d'autres professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes). Les réponses apportées par les pouvoirs publics aux problèmes d'accès aux soins souffrent encore d'un déficit d'évaluations. De nouvelles recherches sont nécessaires pour mesurer l'efficacité individuelle ainsi que l'efficacité groupée de plusieurs dispositifs sur différents types de territoires. Il convient également d'inscrire la problématique de l'accès aux soins dans une politique plus large d'aménagement du territoire, car les espaces qui cumulent des fragilités (vieillesse, faibles revenus, enclavement, etc.) sont peu attractifs (dépeuplement) aussi bien pour les populations que pour les médecins [13]. De nouvelles études sont indispensables pour qualifier les espaces en marge, qui cumulent des fragilités et pour lesquels il convient de situer les questions d'offre de soins au regard d'autres enjeux, comme le vieillissement [24], l'enclavement ou encore le recul de services publics [25]. ♦

³ Les maisons de santé pluri professionnelles regroupent au minimum deux médecins généralistes et un paramédical. Les professionnels ont signé un projet de santé attestant de leur exercice coordonné et de la prise en compte des besoins de la population du territoire. Ce projet distingue les maisons de santé des cabinets de groupe.

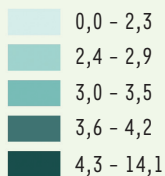


Figure 3. Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste (MG) par commune en 2015.



Légende

APL au MG en 2015
en consultations/hab./an



Source : Drees
Cartographie : Irdes, 2017

6. OECD. *Health at a glance 2013: OECD Indicators*. Paris : OECD, 2013.

7. Barlet M, Collin C. La localisation des professionnels de santé libéraux. *Comptes Natx Santé* 2009 : 27-56.

8. Le Breton-Lerouillois G (sous la direction de Rault JF). *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2016*. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins, 2016 : 274 p.

9. Barczak A, Hilal M. L'accès aux commerces et services dans les territoires de vie du quotidien. *Campagnes contemporaines*. Update sciences et technologies. Versailles : Éditions Quæ, 2016.

10. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ? *Dossier de la DREES* 2017 ; 17.

11. Barlet M, Coldefy M, Collin C, et al. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Études et Résultats - Questions d'économie de la santé*. DREES et Irdes, 2012.

12. Lucas-Gabrielli V, Nestrigue C. *Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL)*. Documents de travail. Paris : Irdes, 2016 ; 70.

13. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, et al. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? *Espace Popul Sociétés* 2016 ; 2015/3-2016/1. doi : 10.4000/eps.6177.

14. Houssin D, Rodat O. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). *Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2010.

15. Drees. *Portrait des professionnels de santé*. Paris : Drees, 2016.

16. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et Résultats*. Paris : Drees, 2017.

17. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, et al. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. *Rev Économie Régionale Urbaine* 2015 ; octobre : 657-94.

18. Vigneron E. *Les centres de santé - une géographie rétro-prospective*. Paris : FEHAP, 2014.

19. Anguis M. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. *Études et Résultats*. Paris : Drees, 2016.

20. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, et al. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et Résultats*. Paris : Drees, 2007.

21. Cardoux JN, Daudigny Y. *Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées*. Paris : Sénat, 2017.

22. Cours des comptes. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*. Paris : Cours des comptes, 2014.

23. Raynaud J. *Les obstacles de l'accès aux soins*. Académiques, 2012 : 160 p.

24. Savignat P. Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire. *Gérontologie Société* 2013 ; 146 : 143-52.

25. Barczak A, Hilal M. Quelle évolution de la présence des services publics en France ? *Services publics et territoires*. Espaces et territoires. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2017 : 31-65.

SUMMARY

"Medical deserts" and accessibility to care: what are we talking about?

In France, accessibility to primary health care seems to be threatened by the existence or the emergence of underserved areas often called "medical deserts". These areas are characterized by several parameters such as a poor number of health professionals, remoteness or high needs of care. We discuss here different methods to measure primary health care accessibility or imbalance between health care providers and needs. Thus, we aim to show the confusion generated by the concept of "medical deserts" and the stakes for public authorities to define measures to attract and retain general practitioners in such areas. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Brunet R, Ferras R, Théry H. *Les mots de la géographie : Dictionnaire critique*. 3^e édition revue et augmentée. Paris : La Documentation Française, 2005 : 518 p.
2. Clarimont S, Aldhuy J, Labussière O. Les recompositions territoriales face à la faible densité: comparaison des « pays » aquitains et des comarcas aragonaises. *Ann Géographie* 2006 ; 647 : 26-48.
3. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981 ; 19 : 127-40.
4. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr* 2004 ; 3 : 3.
5. Tonnelier F. Les inégalités géographiques de densités médicales sont stables depuis plus d'un siècle : l'encombrement médical était déjà dénoncé en 1900. *Solidar. Santé Études Stat* 1991 ; 7-9 : 45-54.

TIRÉS À PART

V. Lucas-Gabrielli