

L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS AU REGARD DES BESOINS

Même si la France se caractérisait par une densité importante de généralistes dont le nombre croissait jusqu'au début des années 2000, la baisse attendue de cette densité combinée à une répartition territoriale très inégale conduit à s'interroger particulièrement sur cette répartition. La présente fiche propose d'élargir l'analyse usuelle en intégrant d'autres éléments de l'offre de soins de premier recours et en prenant en compte diverses caractéristiques de la demande (cf. encadré 1) au moyen d'outils statistiques (cf. encadré 2).

Un accès inégal aux soins de généralistes, malgré une offre importante

Au début des années 2000, le nombre de généralistes en France a atteint un sommet qui a laissé subsister de fortes disparités au niveau départemental

Selon la définition de l'OCDE, la France est, en 2006, un des pays les mieux dotés en généralistes (cf. graphique 1). La notion retenue par l'OCDE se confond avec la notion d'omnipraticien qui regroupe les généralistes libéraux et salariés, et les diplômés de médecine générale exerçant une compétence particulière. On dénombre fin 2006 101 500 omnipraticiens, dont environ 54 000 sont des généralistes libéraux. La densité correspondante est de 88 généralistes pour 100 000 habitants. Selon les dernières projections de la DREES, datant de 2004 et prochainement réactualisées, cette densité devrait désormais baisser et de manière continue jusqu'en 2025, terme de la projection.

La population des généralistes se caractérise par une forte part de praticiens en secteur 1 (médecins ne facturant pas de dépassements) : 91% en 2006. La part des généralistes de plus de 55 ans est de 28%. La répartition des médecins sur le territoire, et plus particulièrement des généralistes, est très inégale. En effet, la densité varie de 61 généralistes pour 100 000 habitants en Seine- Saint-Denis à 120 en Haute-Vienne.

La prise en compte des caractéristiques de l'offre de généralistes accentue les disparités d'accès aux soins

L'analyse statistique met en évidence le fait que certains départements cumulent une assez faible densité médicale et une faible part de généralistes en secteur 1, notamment les départements d'Ile-de-France, à l'exclusion de Paris. Ceux-ci ont une densité moyenne de 69 généralistes pour 100 000 habitants couplée à une part de généralistes en secteur 1 de 77% en moyenne. Les départements ayant relativement peu de généralistes en secteur 1 ont de faibles niveaux d'activité. En effet, les médecins de secteur 2 disposent des dépassements comme outil supplémentaire d'ajustement de leurs revenus. Certains départements, situés autour de l'Ile-de-France, se caractérisent par de faibles densités relatives et une population de généralistes âgée, ce qui risque à terme d'accentuer ce phénomène. C'est le cas de l'Aube, du Cher, de l'Eure, de la Nièvre, de l'Orne et de la Sarthe qui comptent en moyenne 73 généralistes pour 100 000 habitants dont 33% ont plus de 55 ans.

L'offre globale de premier recours semble mal répartie à l'aune des besoins au niveau local

L'offre complémentaire des paramédicaux libéraux ne compense pas les disparités de dotations en généralistes

L'analyse statistique révèle que les départements ayant une plus faible densité en médecins généralistes ont aussi pour la plupart de plus faibles densités en infirmières et en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. La répartition des paramédicaux ne compense donc pas la répartition des généralistes.

Encadré 1. Cadre d'analyse de la répartition de l'offre de soins de premier recours

La notion d'offre de soins premier recours

Le premier recours s'entend ici d'une part comme le premier diagnostic et la porte d'entrée vers des soins de spécialistes et d'autre part comme le fait de dispenser de manière régulière des soins identifiés et prescrits et des soins pour des maladies épisodiques mais courantes.

Les acteurs de l'offre de soins de premier recours

Dans le secteur libéral, les soins dispensés par les généralistes sont complétés par ceux dispensés par les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux qui dépendent des prescriptions des premiers. Il convient également de tenir compte des services d'urgence qui pour une part de leur activité peuvent être amenés à constituer un substitut de l'offre libérale.

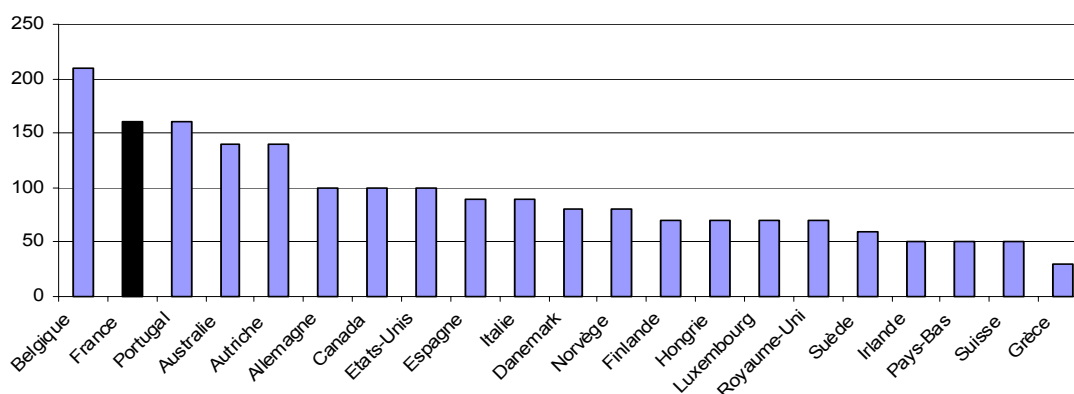
Les effectifs au regard de la demande de soins

Pour rendre compte de l'adéquation entre l'offre et la demande, l'analyse statistique s'appuie sur la densité de chaque type d'offreur de soins. Les sources utilisées sont le SNIR (système national inter-régimes) pour les densités libérales de généralistes, d'infirmières et de MK et la SAE (statistique annuelle des établissements) pour les effectifs de médecins et d'infirmières des services d'urgence.

Toutefois certains éléments qualitatifs concernant les besoins permettent d'enrichir l'analyse des disparités. Ainsi, l'analyse statistique menée ici prend en compte la part des plus de 65 ans dans la population (*source* INSEE) mais aussi celle des personnes en affection de longue durée (ALD) (*source* CNAM).

Par exemple, un département ayant une forte proportion de personnes âgées dans sa population, ou une forte part d'ALD, justifiera une présence plus importante de professionnels de santé du fait de besoins en soins plus importants. Un département ayant peu de professionnels de santé et une population âgée élevée est à considérer comme moins bien doté qu'un département avec le même nombre de professionnels mais moins de personnes âgées.

Graphique 1. Comparaison internationale de la dotation en médecins généralistes
(Densité pour 100 000 habitants)



Source : OCDE.

Champ : L'OCDE considère comme médecins généralistes les praticiens qui ne limitent pas leur activité à certaines catégories de pathologies, pourvoient des soins de premier recours et assurent la coordination vers les soins de spécialistes. L'OCDE retient donc les généralistes travaillant en secteur ambulatoire et salariés.

Sur les 25 départements dont la densité de généralistes est inférieure à 80 pour 100 000 habitants, seul trois ont une densité d'infirmières ou de masseurs-kinésithérapeutes (MK) supérieure à la moyenne nationale.

La prise en compte des médecins et des infirmières de services d'urgence se traduit par des effets différenciés par département⁴⁷

Certains départements moins dotés en généralistes voient leur situation améliorée par la prise en compte des services d'urgence. Huit des 25 départements ayant une densité de généralistes inférieure à 80 ont une densité de médecins de service d'urgence supérieure à la moyenne nationale. Trois autres ont une densité d'infirmières de ces services supérieures à la moyenne. Par contre, la moindre dotation de généralistes d'autres départements est accentuée par la faiblesse de leurs services d'urgence. Huit de ces 25 départements ont une densité de médecins en urgence inférieure à 10 pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 13.

Les départements les mieux dotés sont généralement ceux qui ont des besoins spécifiques

Il ressort de l'analyse statistique que ce sont en général les départements à forte population âgée, élément facteur d'une demande plus importante, qui ont une densité de généralistes proche de la moyenne et une part de généralistes en secteur 1 forte⁴⁸. De la même manière, les fortes densités en infirmières ou en MK répondent à des besoins spécifiques. Là où la part des personnes en affection de longue durée (ALD) est forte, la densité de MK est généralement élevée, et là où la population est plus âgée que la moyenne, la densité d'infirmières est importante.

Cartographie de l'adéquation de l'offre de premier recours à la demande

L'analyse statistique a permis de construire cinq groupes de départements des moins bien aux mieux dotés relativement à la demande estimée à partir de la part de la population âgée et en ALD (cf. carte 2).

Le premier groupe, constitué de 13 départements presque tous situés autour de Paris, se caractérise par une faible offre libérale, un accès aux soins amoindri par un secteur 1 ou des services d'urgence peu importants, et des perspectives incertaines car la part des médecins âgés est supérieure à la moyenne nationale.

Le second groupe est formé par 16 départements, quasiment tous situés dans la moitié nord de la France. Ces départements ont une densité de médecins généralistes autour de la moyenne et une densité de paramédicaux faible. La part des médecins âgés y est souvent très élevée, l'activité moyenne aussi.

Le troisième groupe est composé de sept départements en situation fragile. La densité de généralistes varie entre 76 et 90 et la part des médecins de moins de 55 ans est au dessus de la moyenne. Toutefois, l'activité moyenne y est élevée et les effectifs des services d'urgence comme la densité de paramédicaux sont en dessous de la moyenne nationale.

Le quatrième groupe est composé de 26 départements bien dotés, surtout de l'est et du sud. Ces départements ont soit une densité de généralistes plutôt élevée avec des services d'urgence et des densités de paramédicaux importants, soit de fortes densités de généralistes mais des services d'urgences et des densités de paramédicaux plus modérés.

⁴⁷ Statistiquement, ce résultat se traduit par une faible corrélation de la densité départementale de généralistes avec la densité de médecins d'urgence et avec la densité d'infirmières d'urgence.

⁴⁸ Sur 34 départements dans lesquels les plus de 65 ans représentent plus de 20 % (contre 18% en France métropolitaine), 24 ont une densité de généralistes supérieure à 82 pour 100 000 habitants et 22 ont une part de généralistes de secteur 1 supérieure à 96%.

Le cinquième groupe est surtout composé de départements du sud. Ces départements sont très bien dotés en offre libérale et en services d'urgence même une fois corrigés de la variable âge et, dans une moindre mesure, de la part des ALD.

Encadré 2. L'analyse statistique

Dans un premier temps, l'analyse a porté sur l'identification des corrélations entre variables, ce qui a permis de dégager **des faits stylisés concernant l'offre de premier recours en France**. A l'échelon des 96 départements et des variables est appliquée l'analyse en composantes principales (ACP), méthode permettant de synthétiser l'hétérogénéité d'un ensemble de variables en quelques axes appelés composantes ou axes principaux. Ces axes synthétisent les caractéristiques communes qu'entretiennent les variables entre elles.

Dans un second temps, un **classement des départements selon leur offre de premier recours** a été réalisé afin d'aboutir à une cartographie.

Carte 2. Dotation en offre de soins de premier recours au regard des besoins estimés

