

Indicateur n° 1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière

1^{er} sous indicateur : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30 % à la médiane

Finalité : l'intérêt du suivi d'un indicateur de densité médicale d'omnipraticiens libéraux est de permettre le suivi dans le temps de la réduction ou de l'accroissement des zones à faible densité, dans lesquelles l'accès des assurés aux médecins généralistes peut être plus difficile, soit en raison de l'éloignement géographique, soit en raison de délais d'attente plus longs.

Précisions sur la répartition territoriale des médecins : la France se situant parmi les pays de l'OCDE où la densité médicale est la plus importante, ce n'est pas tant le nombre global de médecins généralistes qui est préoccupant actuellement et pour les années à venir, que leur répartition géographique. Jusqu'à présent, conformément au principe de liberté d'installation des médecins, les pouvoirs publics (Etat, assurance maladie, collectivités locales) ont choisi des mesures d'accompagnement et d'incitation financières pour aider les médecins à s'installer dans les zones sous-denses définies par les missions régionales de santé (MRS). Parmi ces aides, l'avenant n°20 à la convention médicale entré en vigueur en mars 2007 propose une majoration de 20 % des actes des médecins exerçant dans les zones sous-médicalisées et exerçant en cabinet de groupe, ce qui facilite la permanence des soins des médecins dans ces zones, ainsi que leur productivité et la qualité de leurs pratiques.

Résultats : la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale d'omnipraticiens est présentée ci-dessous :

	2006	2007	2008	2009	2010	Objectif
Part de la population résidant dans un bassin de vie dont la densité est inférieure de 30 % à la médiane	3,35%	3,66%	3,92%	3,79%	4,11%	Pas d'augmentation
Valeur de la médiane	90,1	90,3	90,5	90,6	90,6	
Valeur de la médiane – 30 %	63,0	63,2	63,3	63,4	63,4	

Source : CNAMTS, champ : France métropolitaine.

Sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 232 ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la médiane, c'est-à-dire inférieure à 63,4 généralistes libéraux, soit 12 % des bassins de vie.

Ces 232 bassins accueillent au total 1 382 praticiens en exercice, soit environ 6 omnipraticiens en moyenne par zone à faible densité (contre 33 en moyenne pour l'ensemble des bassins). Environ 2 520 000 personnes y résident en 2010, soit 4,1 % de la population. La tendance est à l'augmentation malgré une légère accalmie en 2009.

Construction de l'indicateur : le découpage par bassin de vie a été réalisé par l'INSEE. Il permet l'observation de phénomènes socioéconomiques à un niveau géographique fin et homogène sur l'ensemble de la métropole. Dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée, les habitants accèdent à l'essentiel des équipements et services (y compris ceux de santé), les actifs ont leur emploi et les élèves accèdent à leur établissement scolaire. Au total, on dénombre 1 916 bassins de vie. Parmi eux, 1 745 sont constitués d'un bourg ou d'une petite ville (c'est-à-dire d'une commune ou d'une unité urbaine de moins de 30 000 habitants).

Pour chacun des 1 916 bassins de vie, les densités d'omnipraticiens libéraux (c'est-à-dire leur nombre pour 100 000 habitants) sont considérées comme faibles quand elles sont inférieures de 30 % à la valeur médiane. La population des bassins de vie identifiés est rapportée à la population totale.

Précisions méthodologiques : les données proviennent du Fichier National des Professions de Santé (FINPS) de la CNAMTS. Les effectifs ne concernent que les omnipraticiens (généralistes et praticiens à mode d'exercice particulier), exerçant une activité libérale en France métropolitaine et actifs au 31 décembre 2010. Les données de population sont issues du recensement de la population.

Une limite de l'indicateur provient du fait que le maillage territorial par bassin de vie ne permet pas d'obtenir une très bonne visibilité sur les phénomènes de faible densité médicale au sein d'une même agglomération. A côté des 1 745 zones constituées de bourgs et petites villes qui forment le référentiel rural, on compte 171 bassins de vie formés par de grandes agglomérations, c'est-à-dire des unités urbaines de plus de 30 000 habitants. Or, le bassin de vie de Paris correspond aux départements parisiens et de la petite couronne et ne peut être fractionné. Cependant, ce maillage territorial a l'avantage d'être homogène et cohérent selon les régions et d'une année à l'autre, ce qui permet d'apprécier l'impact des mesures de redressement de manière stable dans le temps.

Pour plus d'informations sur la répartition des médecins sur le territoire national, se reporter au dossier de la DREES « Localisation des professionnels de santé libéraux » publiée dans les « Comptes nationaux de la santé 2009 ».

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

Indicateur n° 1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière

2^{ème} sous-indicateur : inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes

- **densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure à la densité départementale médiane**
- **densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est supérieure à la densité départementale médiane**

Finalité : construire des indicateurs de densités moyennes en médecins spécialistes libéraux dans les départements de densités respectivement inférieures et supérieures à la densité départementale médiane permet de mesurer les inégalités d'offre de ces médecins sur le territoire et de suivre leurs évolutions. En effet, les écarts de répartition de médecins sont plus prononcés pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes selon l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé. La densité départementale moyenne de médecins spécialistes libéraux est en 2009 de 85,7 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes allant de 21 pour la Guyane, 30 pour la Haute-Loire et la Meuse jusqu'à 151 pour les Alpes-Maritimes ou 269 pour Paris.

Résultats : la densité des médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants évolue de la manière suivante :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
Densité moyenne dans les départements de densité inférieure à la médiane	52,0	52,0	51,5	51,6	51,6	51,3	51,2	51,0	Réduction des écarts
Densité moyenne dans les départements de densité supérieure à la médiane	102,2	103,4	103,5	103,4	103,2	102,7	102,4	102,6	
Densité départementale médiane	64,6	64,7	63,9	64,6	63,8	64,0	63,4	63,9	
Densité moyenne, France entière	85,2	85,8	85,8	85,7	85,6	85,7	85,6	85,7	

Source : Eco-Santé - Adéli, calculs DREES. Champ : France entière.

En 2009, la densité moyenne de médecins spécialistes libéraux reste stable (85,7 pour 100 000 habitants), comme depuis 2003 environ. Toutefois, cette stabilité s'accompagne d'une légère amélioration de la situation dans la moitié des départements les mieux dotés et d'une légère dégradation dans la moitié des départements les moins bien dotés.

En conséquence, selon cet indicateur de dispersion de l'offre de soins en médecine libérale spécialisée, les inégalités de répartition de médecins spécialistes libéraux sur le territoire semblent légèrement augmenter en 2009, après une phase de stabilisation entre 2005 et 2008 qui faisait suite à une période d'accroissement des inégalités entre 2002 et 2004.

Ces évolutions sont toutefois d'ampleur suffisamment limitée pour ne pas modifier les caractéristiques globales de la répartition de l'offre de soins de médecins spécialistes libéraux en France. Celle-ci reste globalement deux fois plus élevée dans la moitié des départements les mieux dotés (102,6 pour 100 000 habitants) que dans la moitié des départements les moins bien dotés (51,0 pour 100 000 habitants)

Construction de l'indicateur : la densité prise en compte est la densité départementale de médecins spécialistes libéraux. La densité départementale médiane est définie par la densité du département médian. Sur 99 départements (y compris les départements d'outre-mer, la Corse étant classée comme un seul département) classés dans l'ordre décroissant de la densité de médecins spécialistes libéraux, la densité départementale médiane est donc la densité de spécialistes du 50^{ème} département. L'indicateur de densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure (respectivement supérieure) à la densité départementale médiane est alors, pour les départements de densité inférieure (respectivement supérieure) à la

médiane, le rapport du nombre total de médecins spécialistes libéraux de ces départements sur leur population totale.

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé par la DREES. Les résultats sont obtenus à partir du répertoire administratif Adeli auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Une part non négligeable ne le fait cependant pas, surtout en milieu hospitalier. La DREES a donc engagé une procédure de redressement des données ministérielles en confrontant plusieurs sources relatives à la démographie médicale. Cette procédure s'est faite dans le double cadre, statistique et administratif, d'un groupe de travail du Comité national de l'information statistique (CNIS) et d'un comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale. Ces travaux se sont achevés en 2001.

Le champ des médecins libéraux est constitué de tous ceux ayant une activité libérale, qu'il s'agisse de leur activité principale ou non, qu'ils soient remplaçants ou non. Les médecins ayant une activité mixte, libérale et salariée, sont donc classés parmi les libéraux.

Il convient de noter que les données de cet indicateur sont légèrement modifiées par rapport au PQE de l'année précédente en raison de la réactualisation de certaines données. En particulier, ce sont les données relatives à l'année 2008 qui manquaient de fiabilité.

Indicateur n° 1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière

3^{ème} sous-indicateur : répartition régionale des structures d'urgence

Finalité : cet indicateur vise à vérifier que la répartition des structures de médecine d'urgence s'inscrit dans un maillage du territoire satisfaisant au regard de la densité de la population sur l'ensemble du territoire. Les structures de médecine d'urgence sont en effet souvent un point d'entrée privilégié dans le système de santé, en particulier la nuit et dans les zones où la permanence des soins est assurée de façon inégale.

Il s'agit de repérer les disparités entre les régions, puis d'en analyser les causes afin de réduire celles qui constituent des difficultés injustifiées d'accès aux soins ou qui caractérisent un manque d'efficacité du système.

Il mérite d'être précisé qu'il n'existe pas de valeur « cible » qui décrirait une répartition idéale des services d'urgences. Une telle valeur cible serait en effet conceptuellement très délicate car trop dépendante de l'offre générale de soins (notamment de soins de ville), de la structure par âge et par sexe de la population considérée et de ses habitudes de consommation, et pas uniquement de la fréquence et de la gravité des pathologies présentées.

Résultats : le dénombrement des structures d'urgence est présenté dans le tableau suivant :

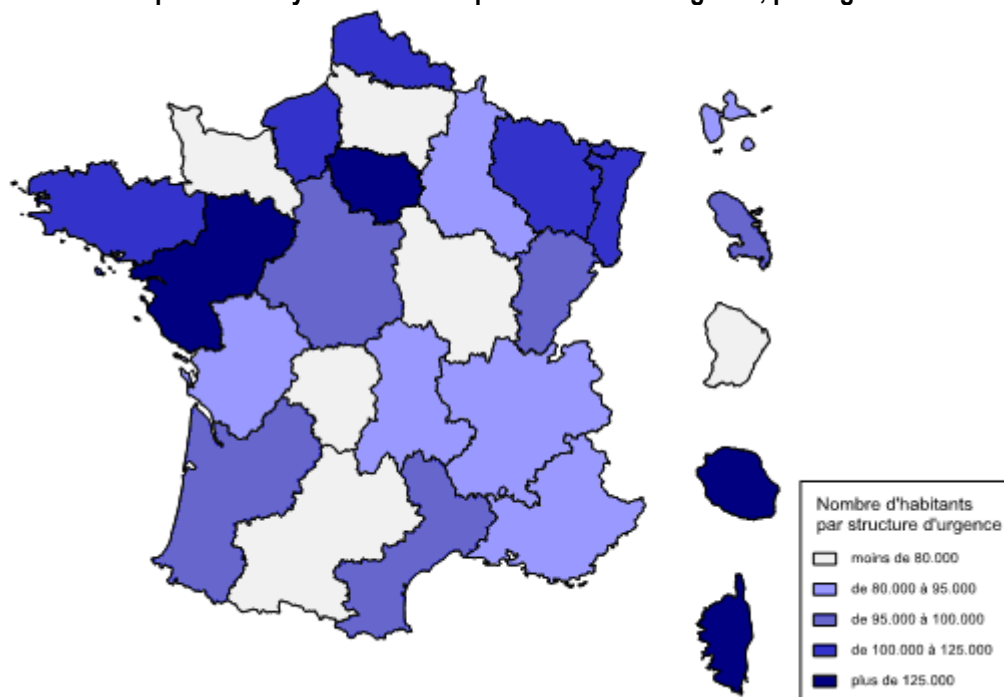
France entière	Nombre de structures d'urgence	Population	Population moyenne couverte par service d'urgence
31/12/2007	618	63 600 690	102 914
31/12/2008	619	63 960 000	103 328
31/12/2010	645	64 322 785	99 725

Source : SAE.

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui est une base déclarative, on comptait 645 structures d'urgences fin 2010, soit une augmentation assez forte du nombre de ces structures entre 2008 et 2010. Néanmoins, cette augmentation ne doit pas être interprétée hâtivement. En effet, un certain nombre d'établissements ont renseigné en 2010 la SAE alors qu'ils ne la renseignaient pas en 2008, ce qui ne permet de déduire pour autant qu'ils ne faisaient pas fonctionner de structures d'urgence en 2008. Par ailleurs, il n'est pas impossible que le nombre des structures d'urgence déclarées en 2010 soit encore sous-évalué.

La carte ci-dessous présente par région la population moyenne couverte par un service d'urgence, selon les données de la SAE pour l'année 2010.

Population moyenne couverte par un service d'urgence, par région



Source : réalisation DGOS-R2 & USID sur données DREES, SAE, 2010.

Les différences régionales ainsi observées ne permettent toutefois pas de conclure sur des difficultés d'accès aux soins urgents puisqu'elles ne tiennent pas compte des dispositifs de permanence des soins en médecine de ville et des structures d'exercice libérales qui peuvent également assurer la réponse aux besoins de soins non programmés. Les spécificités géographiques des territoires ainsi que la taille et le volume d'activité des structures d'urgence ne sont pas également intégrés dans cette analyse.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est calculé comme le rapport de la population, issue des données de l'INSEE, au nombre, pour une zone donnée, de structures d'urgences autorisées au sens du 3° de l'article R.6123-1 du code de la santé publique. Sont ainsi exclues les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les structures assurant la régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU). L'indicateur ainsi construit est le nombre d'habitants couverts en moyenne par des structures d'urgence. Il est présenté au niveau national et par région.

Les données relatives aux nombres de structures d'urgences autorisées sont fournies annuellement par les établissements de santé dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Cependant, la SAE étant déclarative, l'évaluation du nombre de structures d'urgences est soumise à certaines limites.