

Indicateur n°1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière**Sous-indicateur n°1-1-1 : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne**

Finalité : l'intérêt du suivi d'un indicateur de densité de médecins généralistes libéraux est de permettre le suivi dans le temps de la réduction ou de l'accroissement des zones fragiles, dans lesquelles l'accès aux médecins généralistes peut être plus difficile, soit en raison de l'éloignement géographique, soit en raison de délais d'attente plus longs. L'objectif est de réduire la part de population vivant dans des bassins de vie dans lesquels la couverture en médecins est faible. L'indicateur doit rester stable ou évoluer à la baisse.

Précisions sur la répartition territoriale des médecins : en matière de densité médicale, la situation française s'avère paradoxale : le nombre de médecins généralistes a fortement augmenté depuis 30 ans (plus de 25 %) et l'effectif n'a jamais été aussi élevé, mais les inégalités régionales d'installation des professionnels de santé demeurent particulièrement importantes.

Jusqu'à présent, conformément au principe de liberté d'installation des médecins, les pouvoirs publics (État, assurance maladie, collectivités locales) ont fait le choix d'une politique incitative pour aider les médecins à s'installer dans les zones fragiles. Les dispositions prises, complémentaires et de nature diverses, visent notamment à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral et à apporter une aide financière à l'installation ou au maintien dans les zones identifiées comme fragiles.

Résultats : la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale est présentée ci-dessous :

	2009	2010	2011	Objectif
Part de la population résidant dans un bassin de vie dont la densité est inférieure de 30 % à la moyenne	5,7%	5,8%	5,8%	Pas d'augmentation
Densité nationale	86,35	85,48	84,28	
Seuil à partir duquel un bassin de vie est considéré comme fragile (densité nationale – 30 %)	60,44	59,84	58,99	

Source : CNAMTS, champ : France métropolitaine.

En 2011, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 295 ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne, c'est-à-dire inférieure à 59 généralistes libéraux, soit plus de 15% des bassins de vie. L'indicateur est stable par rapport à 2010. En revanche, dans le même temps, la densité nationale a diminué de 1 point.

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 de médecins généralistes libéraux (c'est-à-dire leur nombre pour 100 000 habitants) sont considérées comme faibles quand elles sont inférieures de 30 % à la valeur moyenne.

Précisions méthodologiques : l'indicateur présenté cette année est modifié pour être cohérent avec l'indicateur de densité médicale utilisé dans le CPOM Etat ARS (indicateur 4.1. : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30% à la

moyenne nationale). Dorénavant, l'indicateur PQE se base sur la moyenne (et non plus sur la médiane) et comprend uniquement les omnipraticiens (et non à la fois les omnipraticiens et les médecins à exercice particulier).

L'indicateur CPOM a en effet servi de base pour la détermination de la part de population régionale vivant en zones fragiles (cf. arrêté zonage du 21 décembre 2011) et servant de référence pour l'attribution des aides à l'installation, notamment les aides conventionnelles aux médecins généralistes, même si ce découpage a fait l'objet de quelques aménagements. Remplacer l'indicateur permet donc d'introduire une cohérence politique entre les deux indicateurs et les arrêtés zonage. Afin de pouvoir réaliser un suivi, les données du nouvel indicateur sont renseignées pour 2009, 2010 et 2011. Les résultats de l'ancien indicateur sont rappelés pour mémoire.

Par ailleurs, le nouvel indicateur a bénéficié d'une amélioration du découpage en bassins de vie. A partir de l'indicateur 2010, lorsqu'un bassin de vie est à cheval sur plusieurs régions, la densité de généralistes du bassin de vie est affectée à chacune des régions au prorata de la population des communes qui se trouvent dans chaque région. Auparavant, les bassins de vie étaient affectés à la région de la commune la plus importante du bassin de vie).

Les données proviennent de la base SNIIR-AM de la CNAMTS (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie). Les effectifs ne concernent que les médecins généralistes, hors praticiens à mode d'exercice particulier, exerçant une activité libérale en France métropolitaine et actifs au 31 décembre 2011. Les données de population sont issues du fichier INSEE des populations municipales légales au 1er janvier 2009 (dernière année disponible).

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 par exemple 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 ».

Sous-indicateur n°1-1-2 : indicateur sur les 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 (ONDPS). La densité départementale moyenne de médecins spécialistes libéraux est en 2010 de 85,9 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes allant de 22 pour la Guyane, 30 pour la Haute-Loire et la Meuse jusqu'à 150 pour les Alpes-Maritimes ou 273 pour Paris.

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) classés dans l'ordre décroissant de la densité de médecins spécialistes libéraux, la densité départementale médiane est donc la densité de spécialistes du 50ème département. L'indicateur de densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure (resp. supérieure) à la densité départementale médiane est alors, pour les départements de densité inférieure (resp. supérieure) à la médiane, le rapport du nombre total de médecins spécialistes libéraux de ces départements sur leur population totale.

Réalizations de l'indicateur : la densité des médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants évolue de la manière suivante :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Objectif
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	104,2	Réduction des écarts
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	51,1	
Densité départementale médiane	64,6	64,7	63,9	64,6	63,8	64,0	63,4	63,9	63,7	
Densité moyenne France entière	85,2	85,8	85,8	85,7	85,6	85,7	85,6	85,7	85,9	

Source: Eco-santé - Adéli, calculs Drees. Champ: France entière

En 2010, la densité de médecins spécialistes libéraux est stable (85,9 pour 100 000 habitants), comme depuis 2003 environ. Toutefois, depuis cette date, cette stabilité résulte 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.

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.

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.

Sous-indicateur n°1-1-3 : part de la population ayant accès à des soins urgents en moins de 30 minutes

Finalité : cet indicateur vise à mesurer si la réponse au besoin de soins urgents de la population est proposée sur tout le territoire dans un délai raisonnable.

Le ministre des affaires sociales et de la santé a rappelé l'engagement du Gouvernement de permettre un accès aux soins urgents en moins de trente minutes. Cet engagement repose sur l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence (structure des urgences, SMUR, le cas échéant organisation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU), l'objectif étant de rechercher toutes les solutions qui peuvent être déployées localement, dans le respect des exigences de qualité et de bonnes pratiques, pour répondre aux besoins de soins urgents de la population en moins de trente minutes.

L'indicateur présenté ne rend qu'imparfaitement compte de la situation dans la mesure où il ne prend en compte que les structures des urgences et les SMUR.

Un travail d'actualisation des données et des solutions proposées est en cours avec les ARS. Un diagnostic plus précis des territoires et population à plus de trente minutes d'un service d'urgences sera réalisé en fin d'année 2012. Compte tenu de la diversité des solutions retenues en région et de leur appréciation au niveau local, il ne sera pas possible de rendre compte, dans le calcul des temps d'accès réalisé au niveau national, des solutions locales répondant de manière particulière aux besoins de soins urgents de la population sur un territoire donné.

En conséquence, si chaque région pourra localement affiner le pourcentage de la population ayant accès à des soins urgents, la méthode de calcul des temps d'accès, et donc de la population accédant à des soins urgents en moins de trente minutes, n'a pas vocation à évoluer.

Résultats : la répartition de la population selon le temps d'accès aux soins urgents est présentée dans le tableau suivant :

	2011	objectif
Moins de 30 minutes	97,1%	100%* en tenant compte de toutes les organisations territoriales possibles au-delà des SMUR et service d'urgence
<i>dont moins de 15 min</i>	<i>75,0%</i>	
<i>dont de 15 à 30 min</i>	<i>22,1%</i>	
De 30 à 45 minutes	2,8%	
Plus de 45 min	0,1%	

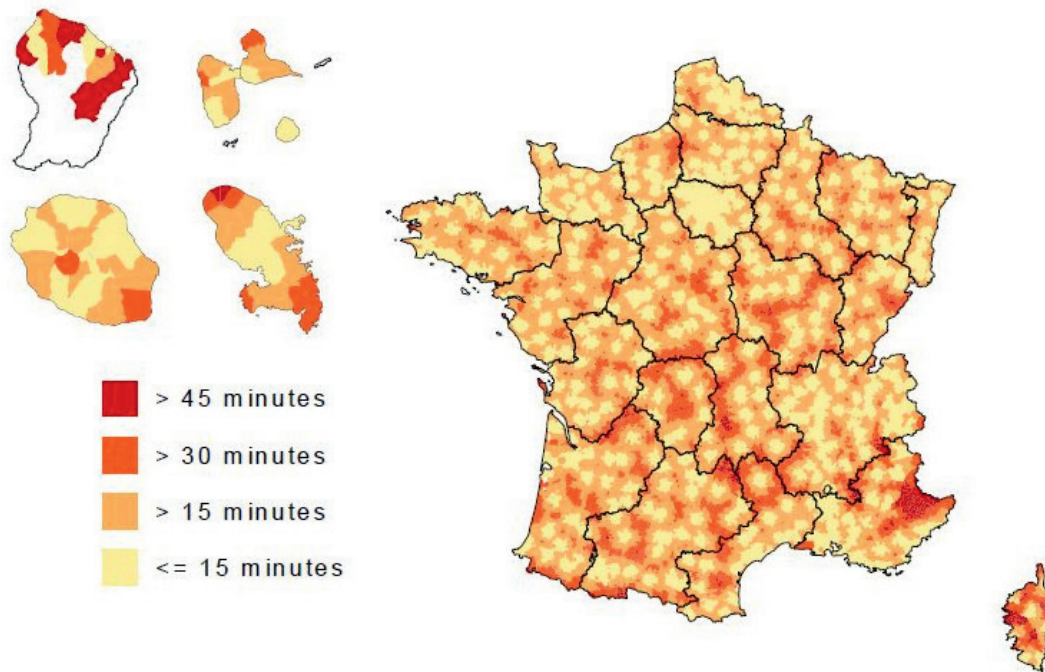
Source : DREES – SAE 2011

97,1 % de la population accède, indifféremment, à une structure des urgences ou à un SMUR en moins de 30 minutes (source DREES - données SAE 2011 – temps d'accès moyen heures pleines/heures creuses).

Dans le détail, 96,8% de la population est située à moins de 30 minutes d'une structure des urgences et 95,7% de la population à moins de 30 minutes d'un SMUR.

La carte ci-après représente les temps d'accès de la population à un service de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR) sur le territoire, hors autre éventuelle solution locale existante.

Temps moyen d'accès aux structures d'urgences générales ou au SMUR général le plus proche



Source : SAE 2011, carte DREES

Construction de l'indicateur : les données utilisées par la DREES pour calculer les temps d'accès à des soins urgents sont issues des données remplies dans le bordereau relatif à la médecine d'urgence (Q13) de la statistique annuelle des établissements (SAE). Ce dernier permet aux établissements de déclarer les autorisations de structure des urgences (générales et/ou pédiatriques) et des SMUR (généraux et/ou pédiatriques) dont ils disposent. La SAE nous renseigne également sur la commune d'implantation de chacun de ces établissements.

La DREES considère qu'une commune est « équipée » d'un service de médecine d'urgence si l'un des établissements qui y est implanté déclare une structure des urgences générales ou un SMUR général. Si la commune est équipée d'un de ces services, le temps d'accès est alors égal à 0. Pour les communes non-équipées, le temps théorique d'accès aux urgences est obtenu en calculant le temps de trajet à la commune équipée la plus proche, grâce au distancier de l'INSEE.

Le distancier de l'INSEE permet de calculer des temps de trajet par la route de chef-lieu à chef-lieu (généralement les mairies des communes). Le temps retenu pour l'indicateur est une moyenne entre le temps de trajet en heures creuses et le temps de trajet en heures pleines ce qui est tout particulièrement adapté aux soins en urgence, où la notion de temps réel d'accès est la plus pertinente. Cela permet en outre de rendre compte assez finement des particularités géographiques de certains territoires et de leurs difficultés d'accès, notamment dans les zones montagneuses, dans les îles et presqu'îles ou dans les zones contournant un fleuve. .

Néanmoins, cette méthode connaît une limite, celle de « lisser » la notion de temps d'accès infra-communal, les établissements et les habitants d'une commune étant tous localisés au chef-lieu. Ainsi, les habitants d'une même commune auront tous le même temps d'accès, ce qui parfois ne traduit pas les difficultés d'accès dans les communes très étendues et/ou très peuplées.