

Bientôt des déserts médicaux en ville ?

JOHANNA DUFAU

Notre système de santé est-il sur le point de craquer ? Depuis plusieurs mois, de nombreux articles dénoncent les fermetures de lits, de services d'urgences ou de maternités. En cause, le manque de personnel et de moyens.

Les déserts médicaux ne cessent de s'étendre. La nouveauté, c'est qu'ils ne sont plus seulement le fait de territoires ruraux même si la densité de généralistes est deux fois plus grande dans les villes-centres que dans les zones rurales. Dès lors, dans quelle mesure les zones urbaines souffrent-elles aussi de difficultés d'accès aux soins ?

Une meilleure dotation en services de santé dans les milieux urbains

La dotation des services de santé est inégale sur le territoire. L'offre de soins est concentrée dans les milieux urbains, plus particulièrement dans leurs centres. En moyenne, la densité de généralistes est de 37/100 000 habitants pour les communes en dehors des aires urbaines, 34 dans la couronne périurbaine, 82 dans les pôles urbains et 128 dans leurs villes-centres.

Ainsi, la centralité urbaine serait la condition d'un bon accès aux soins. Cependant, les densités de services de santé présentent deux limites. D'abord, elles ne sont qu'un reflet de l'offre de santé ; elles ne prennent pas en compte la demande différenciée entre les territoires, fonction notamment de l'âge des habitants.

Ensuite, elles se heurtent aux limites administratives, posant implicitement l'hypothèse que la consommation de soins se fait uniquement au sein de la commune de résidence.

C'est pourquoi la DREES (direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) a créé en 2012 l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) devenue l'indicateur de référence pour identifier la déprise médicale et l'outil de pilotage principal des politiques de santé. Pour chaque commune, il prend en compte l'offre de soins (actes réalisés), la demande de soins (population en fonction de l'âge) et leur interaction (distance-temps). L'APL s'interprète comme le nombre de consultations accessibles par personne et par an. Sans surprise, l'APL décroît avec la distance au centre, s'établissant à 2,8 pour les communes hors aires urbaines et à 4 pour les communes-centres.

Néanmoins, un besoin de connaissance persiste pour mieux appréhender les disparités territoriales de santé, notamment à travers leur mesure. Quels sont les indicateurs pertinents ? Doivent-ils être identiques ou différenciés en fonction des territoires urbains et ruraux ? Dans tous les cas, il y a un réel enjeu à mener une réflexion autour du diagnostic territorial.

La variété des activités médicales : les grandes villes favorisées

La répartition des services de santé suit une logique de surconcentration des activités dans les milieux urbains. La logique veut en effet que les grands hôpitaux (CHR et CHU) soient localisés dans les grands centres urbains. Or, ils attirent tout un panel d'activités liées (matériel médical, par exemple) et comme dans de nombreux secteurs économiques, la concentration des activités de santé permet la réalisation d'économies d'échelle, c'est-à-dire une réduction des coûts de production unitaires liée à la taille.

La concentration des activités de santé s'applique à leur nombre mais aussi à leur diversité : le nombre moyen (la densité moyenne) de spécialistes est de 135/100 000 habitants dans les villes-centres et de seulement 1/100 000 dans les communes rurales. De manière générale, la diversité de l'offre de soins augmente avec la densité de la commune et la proximité au centre-ville, une répartition tout à fait conforme avec la théorie de Walter Christaller, qui a établi dans les années 1930 que plus les villes sont peuplées, plus la diversité de biens et de services qui y est offerte est élevée. Plus spécifiquement, les biens les plus rares (comme les services d'un chirurgien cardiaque, par exemple) ne sont offerts que dans les villes les plus grandes.

Ce phénomène de surconcentration des soins dans les grandes villes tend à s'autorenforcer, l'activité étant sensible aux « effets de réseaux ». Le généraliste est dans la plupart des cas la « porte d'entrée » vers un spécialiste, ce qui montre l'intérêt, pour les médecins, de s'inscrire au cœur d'un réseau corporatif. Ainsi, selon Magali Dumontet, Anne-Laure Samson et Carine Franc, la densité de spécialistes sur un territoire a un effet d'attraction sur l'installation de nouveaux généralistes.

Si les territoires urbains sont relativement favorisés en termes d'offre de soins, l'accès aux soins est-il pour autant égalitaire pour la population urbaine ?

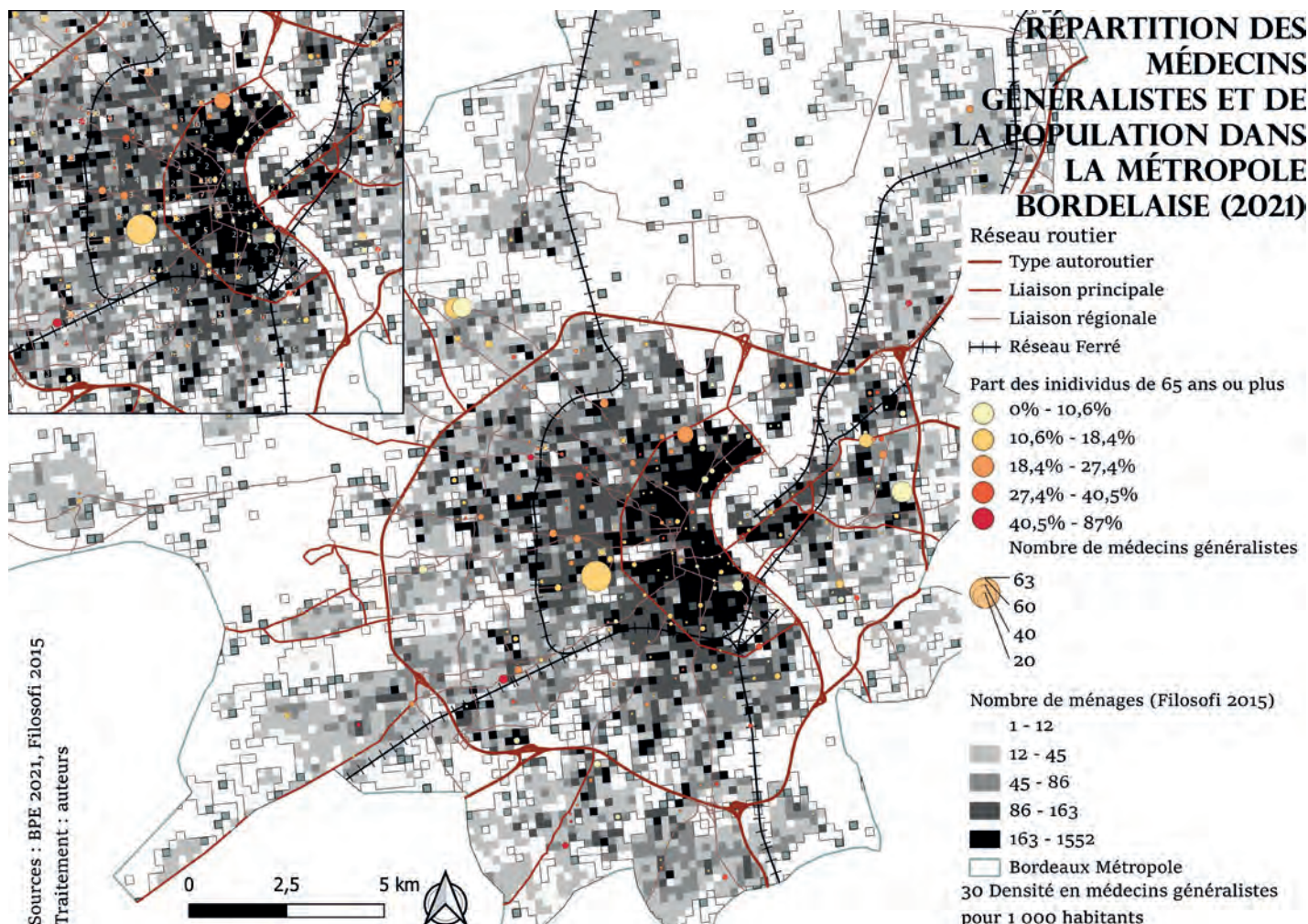
Les inégalités intra-urbaines : des difficultés d'accès aux spécialistes

Prenons le cas de la métropole bordelaise. La carte ci-dessous nous enseigne plusieurs choses.

D'abord, la même logique est observée à Bordeaux et dans les autres métropoles, avec une surreprésentation de généralistes et de spécialistes au centre (et autour des grands hôpitaux/cliniques). Mais cette répartition ne correspond pas forcément aux besoins en soins de la population car, s'il y a plus de médecins au centre, il y a aussi plus de jeunes, qui a priori en ont moins besoin. Cette disjonction entre offre et demande accentue les inégalités d'accès aux soins. Plus généralement, le problème est que l'offre

de soins ne se répartit pas selon les besoins de la population mais selon les mêmes logiques que les activités économiques (préférence pour le centre notamment).

En outre, une analyse plus fine de la répartition des médecins permet d'observer des éléments invisibles à l'échelle de la commune et questionne la capacité de l'APL à identifier les difficultés en milieu urbain. L'APL se base sur les distances-temps en voiture. Étant donné les habitudes de déplacements dans les zones urbaines, il est probable que ce mode de calcul surestime le nombre de consultations accessibles par habitant et par an dans les communes denses. Il serait plus adéquat de calculer cet indicateur sur



des distances-temps en transport en commun ou à pied. Une autre critique à adresser à l'APL est celle de la quantification du nombre d'actes, sans prise en compte de la qualité de la consultation, notamment de sa durée.

Les politiques publiques contre la déprise médicale

Face aux inégalités de répartition de l'offre médicale, une réflexion doit être menée sur la capacité d'une politique de santé à mettre en cohérence l'offre de soins avec les besoins de la population. Les pouvoirs publics sont face à un double enjeu d'attractivité : territorial et sectoriel.

Le premier point concerne la répartition territoriale des professionnels de santé. Contrairement à d'autres professions, les médecins ont la liberté d'installation. Les pouvoirs publics peuvent les inciter, sans les obliger. Les incitations, principalement financières, à destination des médecins se basent sur l'identification de zones « sur-dotées » et « sous-dotées » par rapport à la moyenne nationale. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont ainsi défini des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) et les Zones d'Actions Complémentaires (ZAC). On notera que ce zonage ne concerne jamais les zones urbaines, à l'exception des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV).

En plus de permettre l'identification des zones en tension, ce dispositif doit permettre de mieux répartir la ressource médicale, dans le but d'offrir à la population un accès équitable. Cependant, l'efficacité de telles mesures repose sur le poids du facteur financier dans le choix d'installation des médecins. Celui-ci est le résultat d'un arbitrage entre le revenu et la qualité de vie, cette dernière étant prépondérante. En outre, une telle mesure n'échappe pas aux effets d'aubaine¹ éventuels, empêchant la pérennisation de l'offre médicale sur le territoire.

L'attrait grandissant des médecins pour le salariat pourrait être une opportunité d'action pour les collectivités territoriales. Alors que 25 % des généralistes étaient salariés en 1991, ce chiffre était de 33 % en 2016 et devrait atteindre 40 % en 2040. Par la création de centres de santé, les pouvoirs publics guident la répartition et la localisation des généralistes. Réunissant au même endroit plusieurs professions de santé, ils permettent de prendre en compte la complémentarité des métiers dans le parcours de soin.

¹ | Les aides à l'installation des généralistes pourraient profiter à ceux ayant fait le choix de s'installer dans une zone sous dotée (avec ou sans ces aides), sans pour autant attirer d'autres généralistes.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins peuvent être le symptôme d'une insuffisance des effectifs nationaux. Le fameux *numerus clausus*, créé en 1971, restreint les effectifs annuels de docteurs en médecine. Trop, selon certains : les effectifs de généralistes ont baissé de 5,9 % entre 2012 et 2021. Pour permettre d'adapter la formation aux besoins de la population, le *numerus clausus* a été remplacé depuis 2018 par les capacités d'accueil, désormais définies à l'échelle régionale par l'ARS et les universités.

Le manque d'attractivité actuel des professions médicales est peut-être aussi lié à la dégradation des conditions de travail. La grève des généralistes en décembre 2022, fait assez rare, alerte sur l'état de crise de la profession. Un autre levier d'action des pouvoirs publics réside donc dans le mode d'exercice (c'est-à-dire les conditions de travail) ou sur la complémentarité entre soins médicaux et paramédicaux, comme l'illustre la création en 2018 du diplôme d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA).

Manque national de médecins ou inégale répartition, la conséquence est la même : les difficultés d'accès aux soins sont croissantes et se généralisent dans tous les types d'espaces. La question de l'accès aux soins se



pose avec d'autant plus d'acuité dans un contexte où la population française vieillissante voit ses besoins en soins augmenter. Ainsi, le problème ne se limite pas aux déserts médicaux mais à un manque d'incitation plus global.

Face à la complexité de la répartition spatiale des professionnels de santé, mieux en comprendre les mécanismes pour permettre une plus grande équité dans l'accès aux soins, constitue un

véritable défi. Dans les milieux ruraux comme urbains, l'offre de soins n'est-elle pas un facteur de développement territorial ? Et inversement, n'est-elle pas conditionnée par celui-ci ? _

POUR ALLER PLUS LOIN

- M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H. Chaput, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les dossiers de la DREES*, 2021, n° 76.
- G. Chevillard, M. Dumontet, Cepremap, *Remédier aux déserts médicaux*, Rued'Ulm, 2020, 120 p.
- M. Dumontet, AL. Samson, C. Franc, « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? » *Revue Française d'Économie*, 2016, 31(4), p. 221-264. hal-01609915