

L'ACCESSIBILITÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ÎLE-DE-FRANCE

Méthodologie de mesures des inégalités infra-communales

Catherine Mangeney (ORS Île-de-France)

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

SYNTHESE

Accéder à l'étude complète sur www.ors-idf.org



Les difficultés d'accès aux médecins généralistes sont au coeur du débat public. La mesure de l'accessibilité aux soins s'est notablement améliorée grâce à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) développé au niveau national par la Drees et l'Irdes. En se focalisant sur une région (l'Île-de-France), de nouvelles données deviennent mobilisables pour essayer d'adapter la méthode nationale aux spécificités régionales.

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur leur territoire. La France, comme de nombreux pays de l'OCDE, est confrontée à des problèmes de raréfaction et de répartition inégale de la ressource humaine en santé. Les pouvoirs publics tentent d'inciter les professionnels de santé à exercer dans des zones où l'accès aux soins est considéré comme déficitaire. L'identification de ces zones est un enjeu majeur et une gageure car, comme le soulignent Handy et Niemeier (1997), « le plus grand obstacle à l'utilisation du concept d'accessibilité réside dans la difficulté de le traduire sous forme d'indicateurs opérationnels ».

L'accessibilité est multidimensionnelle (spatiale, physique, temporelle, financière et culturelle). Pour mesurer sa dimension spatiale, la méthode du « Two-step floating catchment area » (2SFCA) semble – sous réserve d'ajustements – faire l'objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale et nationale (Allan 2014). Déclinée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) au niveau communal pour la construction d'un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), cette méthodologie constitue une avancée substantielle et cohérente pour objectiver – sur l'ensemble du territoire national – les zones où l'accessibilité aux soins de premier recours est plus faible qu'ailleurs. De ce fait, l'APL s'est imposée dans le paysage institutionnel français puisqu'elle sert de socle, en 2017, à la définition des zonages déficitaires en médecins généralistes.

Cependant, parce qu'elle est globale puisque nationale, elle peut lisser ou gommer certaines caractéristiques propres à une région comme l'Île-de-France, très fortement urbanisée, particulièrement dense, multipolarisée et socialement clivée. C'est pour cette raison qu'il a semblé utile d'essayer – en prenant appui sur la méthodologie socle – d'adapter certains des critères nationaux aux spécificités franciliennes notamment en descendant à un niveau géographique plus fin et en prenant en compte les pratiques de mobilité différenciées selon les espaces (ce qui est possible au niveau régional et beaucoup plus difficile sur l'ensemble du territoire national), la dimension sociale des besoins et les interactions à l'œuvre dans l'écosystème francilien.

C'est l'objet d'un travail commun entre l'Irdes et l'ORS Île-de-France duquel est issu la présente synthèse.

L'essentiel

- La mesure des niveaux d'accessibilité aux soins à une échelle infra-communale met en exergue des disparités infracommunales parfois très importantes que des approches à une échelle plus large ne peuvent pas capter ;
- Dans une région dense et multipolarisée comme l'Île-de-France, il faut tenir compte des pratiques de mobilité des habitants mais aussi des choix qu'ils opèrent entre les différents médecins qui leur sont accessibles ;
- D'autres éléments complémentaires (caractéristiques des populations ou offre alternative) doivent étayer le diagnostic pour rendre compte d'éventuels « déficits » d'accessibilité aux soins ;
- Toute mesure impose de faire des choix nécessairement normatifs.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

22 %

PROXIMITÉ DOMICILE-SOINS

Près d'un quart des déplacements pour les soins de ville se font à moins de 500mètres du domicile en Île-de-France.

9 %

PART MODALE DE LA VOITURE

9 % vs 84 %

A Paris, seuls 9 % des déplacements vers le soin de ville se font en voiture particulière contre 84 % dans les communes rurales d'Île-de-France.

30 %

QUANTIFICATION DE L'OFFRE

Les médecins généralistes sont nombreux à avoir des exercices mixtes, multi-sites ou à temps partiel. En tenir compte est impératif puisque cela fait diminuer la quantification de l'offre médicale régionale de 30 % environ.

Méthodologie

- Comme pour l'APL nationale, la méthodologie des 2SFCA développée dans la littérature géographique internationale a servi de socle à nos modélisations ;
- Cette méthode permet de s'affranchir des frontières administratives et de tenir compte à la fois de la distance aux médecins et de la disponibilité de l'offre de soins ;
- Cette méthode a ici été affinée avec un changement d'échelle, une étape de calcul supplémentaire, une prise en compte de la dimension sociale des besoins et des pratiques de déplacements combinant voiture et transports en commun ;
- La méthodologie proposée a pu être mise en œuvre grâce à la mobilisation (accord Cnil) de données fournies pour l'étude par différents partenaires : la Cnam (activité médicale), la CPAM du Val-d'Oise (flux réels de consommation de soins), l'IAU îdF et IDF Mobilités (matrices de distances-temps à pied et en transports en commun), l'Irdes et l'agence de biomédecine (matrices en voiture particulière).

* Les médecins de 65 ans et plus ne sont pas comptabilisés.

Des niveaux d'accessibilité différenciés au sein des communes

Le passage d'un indicateur communal à un indicateur mesuré à une échelle infra-communale (maille de 200 mètres) modifie très sensiblement les résultats en diminuant globalement les niveaux d'accessibilité et en mettant en évidence des situations parfois contrastées entre différents quartiers d'une même commune.

Selon les hypothèses retenues, le volume d'offre comptabilisé varie fortement

L'offre de soins doit être comptabilisée en référence aux médecins généralistes libéraux franciliens mais aussi à certains médecins à exercice particulier ou aux centres de santé. Par ailleurs, les médecins sont de plus en plus nombreux à avoir des pratiques d'exercice mixtes, multi-sites ou à temps partiel. Ainsi, un médecin peut n'exercer, sur un de ses cabinets, qu'une demi-journée par semaine par exemple. Il convient d'en tenir compte. Ce faisant, les volumes d'offres considérés varient très notablement, et ce, de manière différenciée selon les départements franciliens. A Paris par exemple, l'offre comptabilisée* varie de 1 400 à 830 selon que l'on tient compte de l'activité ou pas. L'écart est moins sensible en Seine-Saint-Denis (près de 800 à moins de 700).

La prise en compte de la dimension sociale des besoins fait varier la quantification de la demande de soins

Si l'exercice de quantification de la demande de soins est infiniment plus délicat puisqu'il fait référence aux besoins de santé, eux-mêmes éminemment normatifs et impossible à définir de manière purement scientifique et objective (Salomez et Lacoste 1999, Cases et Baubeau 2004), il reste que le recours au médecin généraliste dépend fortement de l'âge mais également de la situation sociale. Pondérer les populations selon l'âge fait augmenter les besoins dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine principalement (respectivement +4 et +2 %). Tandis que tenir compte de la dimension sociale des besoins a un impact particulièrement marqué en Seine-Saint-Denis (les besoins y augmentent alors de 9 %). La dimension sociale des besoins a également été approchée par une différenciation sociale des pratiques de mobilité et une augmentation de la durée moyenne de consultation pour les moins aisés.

Les Franciliens n'utilisent pas tous la voiture pour se rendre vers le soin

Concernant les pratiques de mobilité, les données de l'Enquête globale transport mettent en évidence qu'en Île-de-France, les modes de transports (voiture, marche à pied, transports en commun) utilisés pour se rendre vers le soin de ville sont très différenciés selon les types d'espaces (urbain dense, périurbain ou rural). Ainsi, l'usage de la voiture pour se rendre vers le soin de ville passe de 9 % à Paris, à 30 % dans les communes denses de petite couronne pour atteindre 73 % dans les franges d'agglomération et 84 % dans les communes rurales de grande couronne. L'intégration de la multimodalité des déplacements dans la mesure des niveaux d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes affine localement les diagnostics même si elle ne modifie pas radicalement les équilibres régionaux.

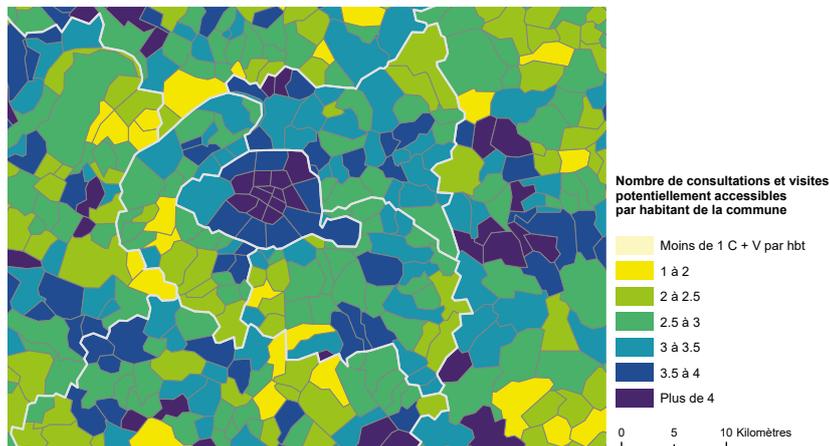
La probabilité de recours à un médecin généraliste dépend de la distance mais aussi des autres médecins généralistes disponibles à proximité

La probabilité de recours à un médecin X dépend des offres alternatives potentiellement disponibles et accessibles. Une méthodologie en trois étapes de calcul et en cinq itérations a ainsi été constituée pour mieux traduire les interactions à l'œuvre dans l'écosystème francilien. C'est, avec le changement d'échelle d'observation, cette évolution méthodologique qui modifie le plus sensiblement les résultats, lissant très nettement la représentation spatiale des niveaux d'accessibilité en rééquilibrant les situations entre mailles voisines.

De l'importance de replacer les mesures dans un contexte plus large

L'intégration des interactions systémiques dans la modélisation a aussi concerné les complémentarités entre professionnels de santé : en effet, un déficit de médecins généralistes n'aura pas le même impact selon les caractéristiques des populations concernées mais également selon l'offre alternative existante en médecins de premier recours (gynécologues, pédiatres ou psychiatres notamment). En combinant les mesures d'accessibilité aux médecins généralistes et les niveaux d'offre alternative en spécialistes, les conclusions sont profondément modifiées avec des territoires aux plus faibles accessibilités qui se situent plutôt dans les parties socialement défavorisées ou plus rurales du territoire régional.

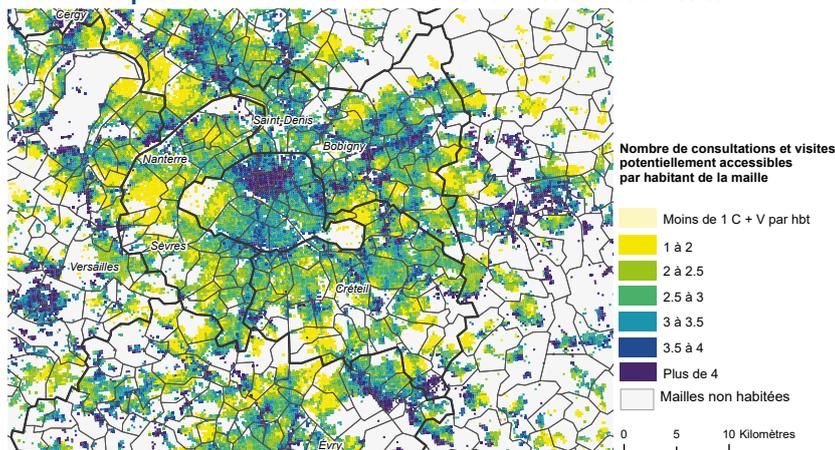
Accessibilité potentielle localisée à la commune*



* L'APL est, au niveau national, calculée à différentes échelles : la commune ou le territoire de vie-santé. L'indicateur cartographié ci-contre représente l'APL calculée pour l'année 2016 au niveau communal.

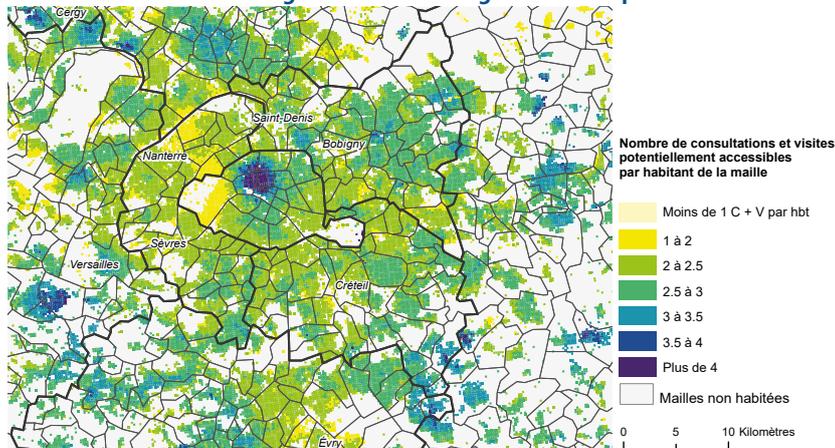
Calculé en deux étapes, cet indicateur repose sur une population pondérée selon l'âge, une offre de soins appréhendée à partir des volumes d'activité, la voiture particulière comme mode de transport, et une fonction de décroissance du recours aux soins selon la distance calée sur les recours effectifs élargis à dire d'experts.

Accessibilité potentielle localisée à la maille de 200 mètres x 200 mètres**



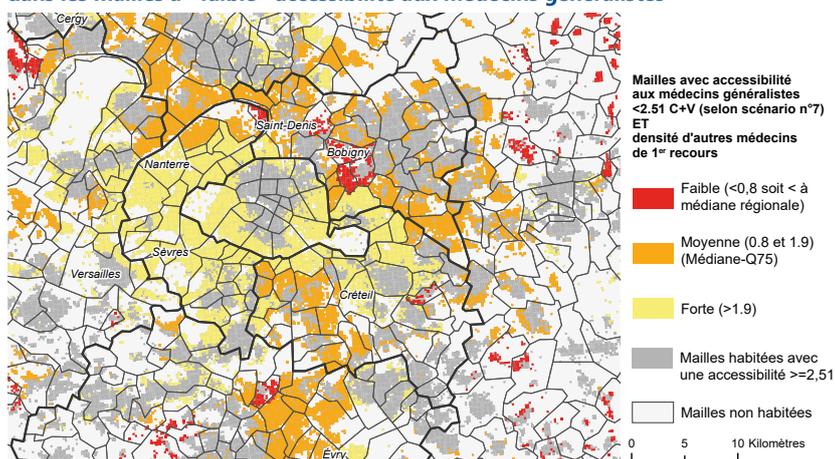
** Il s'agit ici du scénario n°1 présenté dans le rapport et qui reprend l'ensemble des hypothèses de l'APL nationale calculée au niveau communal ou au niveau des territoires de vie santé. Seule l'échelle géographique d'observation est modifiée. Le passage d'une mesure nationale à une mesure régionale permet de descendre à une échelle géographique plus fine. Les résultats présentés ici reposent sur un découpage régional en mailles de 200 mètres par 200 mètres, maillage le plus fin à l'échelle duquel l'Insee met à disposition un certain nombre de données socio-démographiques.

Niveaux d'accessibilité aux généralistes en intégrant tous les paramètres testés***



*** Le scénario présenté ici (scénario n°7 du rapport) repose sur la méthodologie en trois étapes et cinq itérations. Les besoins de soins sont évalués en pondérant les populations selon l'âge et le niveau de revenu et en accordant 5 % des temps de consultation supplémentaire aux populations les moins aisées. La multimodalité des déplacements (voiture et transports en commun) a été intégrée, et ce, de manière différenciée selon la situation sociale des populations et le type d'espace du lieu de résidence. Les probabilités de recours sont modulées selon la distance mais aussi selon la présence et la disponibilité des offres alternatives en médecins généralistes potentiellement accessibles.

Niveau d'offre en spécialistes de premier recours**** dans les mailles à «faible» accessibilité aux médecins généralistes



**** Les spécialités considérées sont les pédiatres, les gynécologues, les gériatres et les psychiatres. L'offre a été comptabilisée sur la commune et les communes avoisinantes puis rapportée à la population de la commune et des communes voisines (créant ainsi des densités lissées).

Ne sont ici représentées en couleur que les mailles qui présentent un niveau d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes inférieur à un seuil défini en référence à la médiane régionale du scénario n°1. Les autres mailles sont représentées en gris.

ENSEIGNEMENTS

Pour en savoir plus

Allan D, 2014. Catchements of general practice in different countries – a literature review, *International Journal of Health Geographics*, 13: 32.

Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli, 2012. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Document de travail Irdes n° 51.

Buyck JF, Tallec A, Branger B, 2013. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité naissance - Naître ensemble".

Cases C, Baubeau D, 2004. Peut-on quantifier les besoins de santé ?, *Drees, Solidarité et santé*, n°1, pp. 17-22.

Handy SL, Niemer DA, 1997. Measuring accessibility: an exploration of issues and alternatives, *Environment and Planning A* 29, pp. 1175-1194.

Li Z, Serban N, Swann JL, 2015. An optimization framework for measuring spatial access over healthcare networks, *BMC Health services research*.

Luo J, 2014. Integrating the Huff model and floating catchment area methods to analyse spatial access to healthcare services, *Transactions in GIS*.

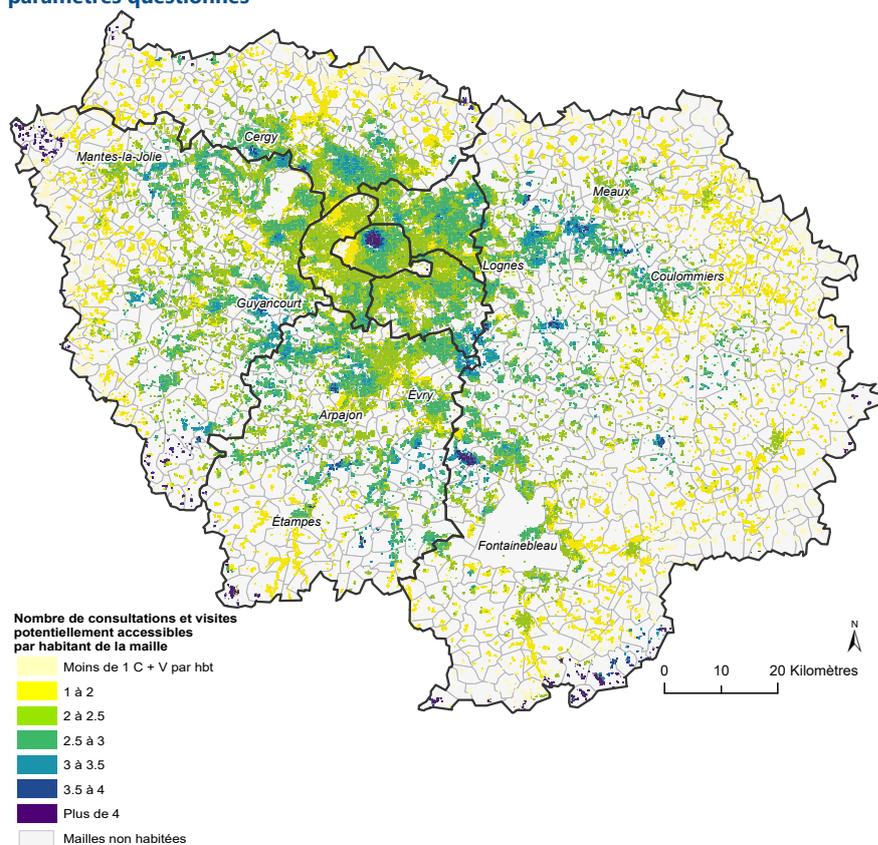
Salomez JL, Lacoste O, 1999. Du besoin de santé au besoin de soins, in *La prise en compte des besoins en planification sanitaire*, Hérodote, n°92, pp. 101-120.

De nombreuses questions se posent encore : la solidité statistique des hypothèses retenues ici et la validité notamment temporelle des données ; la pérennité des calculs dans le temps du fait de l'évolution rapide et parfois radicale de l'offre au niveau local au gré des fermetures de cabinets et autres départs à la retraite ; l'intégration de la dimension financière et temporelle de l'accessibilité ; la distinction entre consultations et visites, ces dernières étant réalisées dans un périmètre plus restreint autour du lieu d'exercice tout en étant plus consommatrices de temps pour les médecins...

Toutefois, ce travail révèle, une fois de plus, l'importance des choix normatifs qui sous-tendent toute mesure de l'accessibilité spatiale aux soins. La petite dizaine d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes nous a également montré que les ressentis sont assez variables selon la manière dont chacun envisage son métier et son engagement. Il est très probable également qu'un même niveau d'accessibilité soit perçu de manière tout à fait différente selon les usagers.

Les avancées méthodologiques proposées dans ce travail restent ainsi à consolider par des phases d'échanges avec les partenaires institutionnels et/ou locaux (ARS, élus locaux, professionnels de santé, usagers). Cela afin d'affiner et de valider les hypothèses retenues en les confrontant aux ressentis des usagers du territoire, mais aussi, afin de rendre compte des spécificités de certains territoires ou de certaines populations. Les motivations ou les capacités à faire face sont des éléments déterminants dont il faut tenir compte pour identifier des leviers d'action adaptés aux problématiques locales.

Modélisation des niveaux d'accessibilité aux généralistes en intégrant l'ensemble des paramètres questionnés



Sources : Insee, Sniiram 2015, Cnam, Irdes/Agence de la biomédecine, Île-de-France Mobilités, IAU îdF
Traitements ORS IDF et Irdes



Observatoire régional de santé Île-de-France

15, rue Falguière

75015 PARIS

www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro

Directeur de la publication : Dr Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-1930-9