

« Remédier aux déserts médicaux »

Opuscule Cepremap -Presses ENS-ULM

Magali Dumontet

Economiste, Maître de conférences

Université Paris-Nanterre

Laboratoire Economix-UMR 7235

magali.dumontet@parisnanterre.fr

Guillaume Chevillard

Géographe, chargé de recherche

Institut de recherche et documentation

en économie de la santé (IRDES)

chevillard@irdes.fr

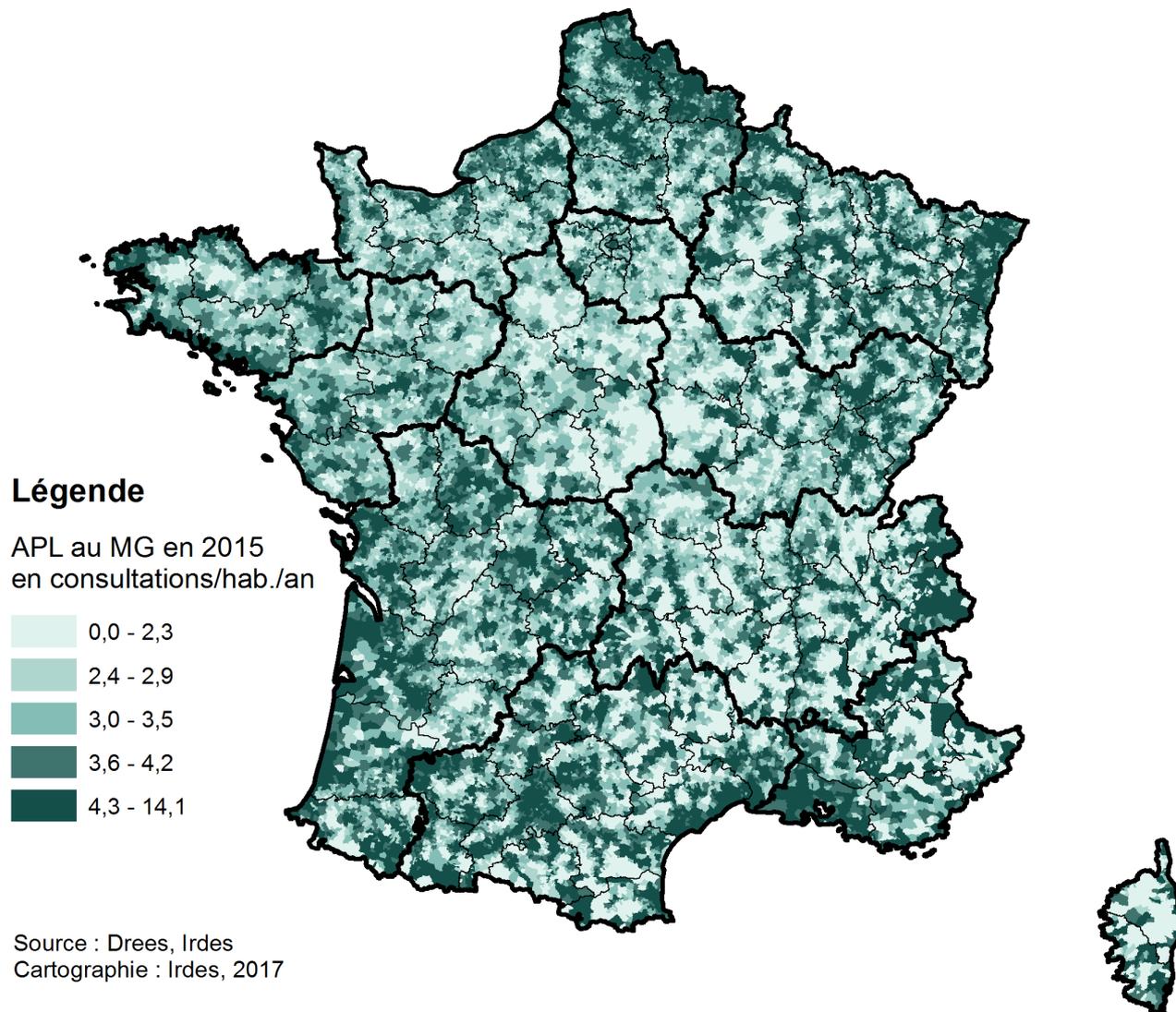
Les « déserts médicaux » : un concept polysémique et une préoccupation publique majeure

- « Déserts médicaux » ⇔ multitude de situations :
 - territoires où les populations rencontrent des difficultés d'accès aux soins (délais d'attente, inscription MT, soins non programmés, etc.)

- Préoccupation publique majeure :
 - **Un problème d'équité** : Remise en cause du principe d'égalité d'accès aux soins sur le territoire

 - **Un problème d'efficience** : Peut générer des comportements de demande induite dans les zones avec une densité élevée
 - France: Validation empirique sur les MG en secteur 1 (Delattre et Dormont, 2003)

L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en 2015



Le médecin généraliste : un rôle de pivot dans le système de santé

- Le médecin généraliste : le médecin traitant
 - 1er contact dans le système de soins, orientation vers les soins de spécialité (Réforme du médecin traitant 2004)
 - Représentent près de la moitié des médecins
 - Assurent 90-95% des contacts de la population avec le corps médical pour les soins ambulatoires

- Des inégalités d'accès au médecin généraliste qui s'accroissent:
 - 18% de la population vivent dans un territoire qualifié de « zone sous-dense en médecins généralistes » contre 7% en 2012

La désertification médicale un processus complexe aux causes multiples :

- **Comment sommes-nous arrivés à cette situation?**

- La désertification médicale un processus complexe aux causes multiples :
 - Une raréfaction de l'offre de médecins généralistes
 - Une non prise en compte ou anticipation des changements dans la profession médicale
 - Des territoires inégalement attractifs
 - Réponses apportées trop tardives ou inadaptées

- 1. De la régulation des dépenses de santé à la régulation principalement quantitative de l'offre de soins**
- 2. Une nécessaire prise en compte de la diversité des profils et des évolutions de la profession**
- 3. Une raréfaction de l'offre de soins aux conséquences variées selon les territoires**
- 4. Les réponses des pouvoirs publics pour améliorer la répartition géographique des médecins**

I

De la régulation des dépenses de santé à la régulation principalement quantitative de l'offre de soins

Un encadrement des tarifs de remboursement

- **Médecine de ville:**
 - Un financement principalement à l'acte (Consultation 25€ en MG)
 - Des tarifs définis par convention entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins (1971)
 - Système de Conventionnement des médecins
- **La création d'un secteur à honoraires libres (secteur 2) (1981)**
 - Dépassements d'honoraires avec « tact et mesure »
 - Convention de 1990 : fermeture du secteur 2 pour les médecins généralistes
 - 89% en secteur 1

Une politique de régulation de l'offre fondée sur les quotas

- La mise en place d'un numerus clausus à l'entrée des études de médecine (*loi du 12 juillet 1971*)

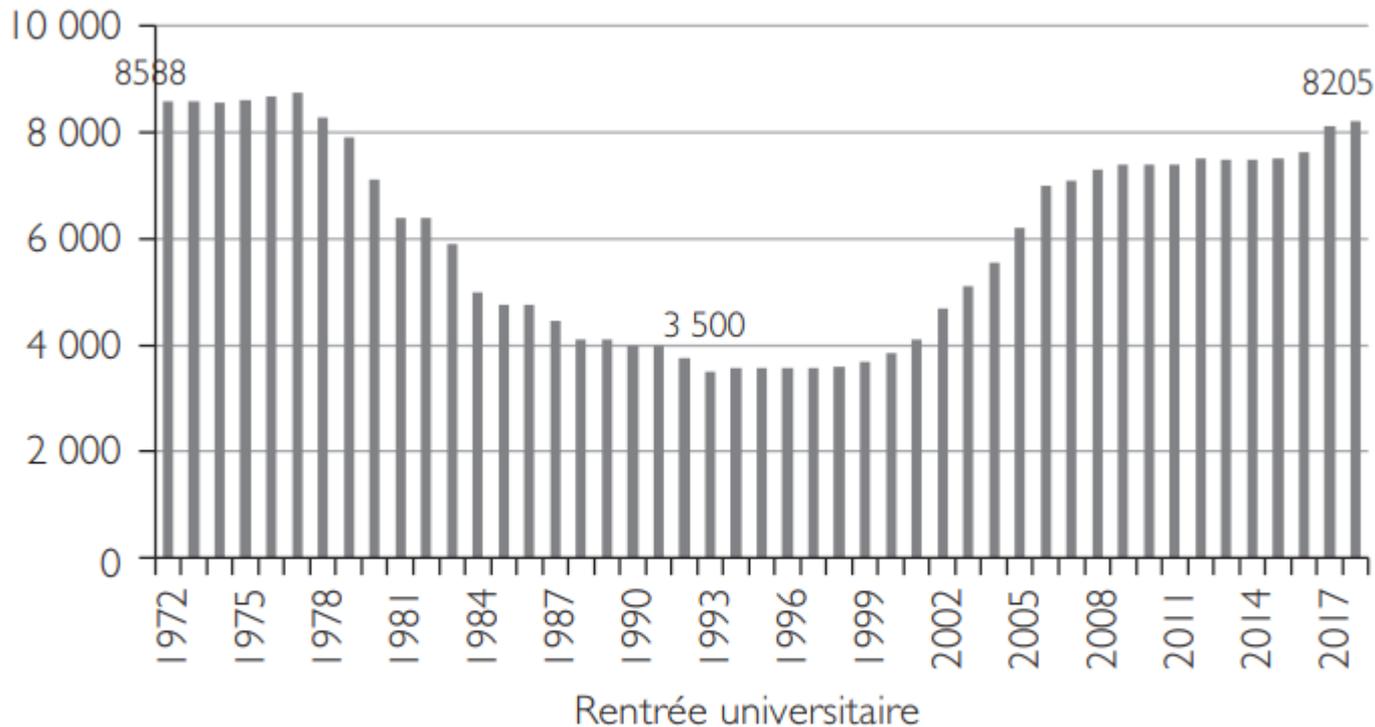
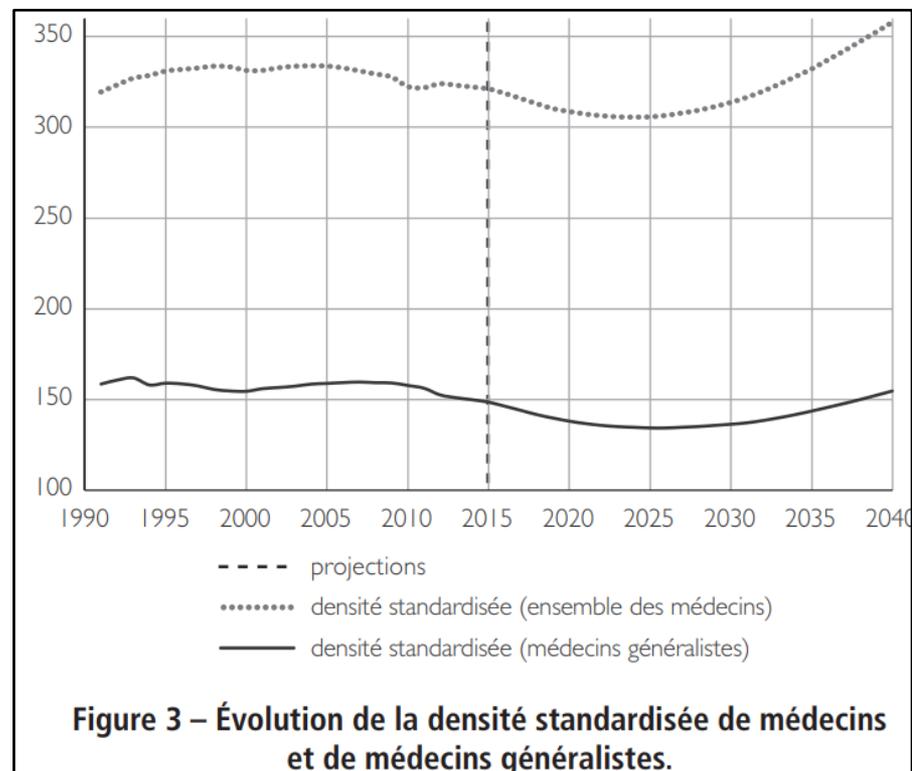
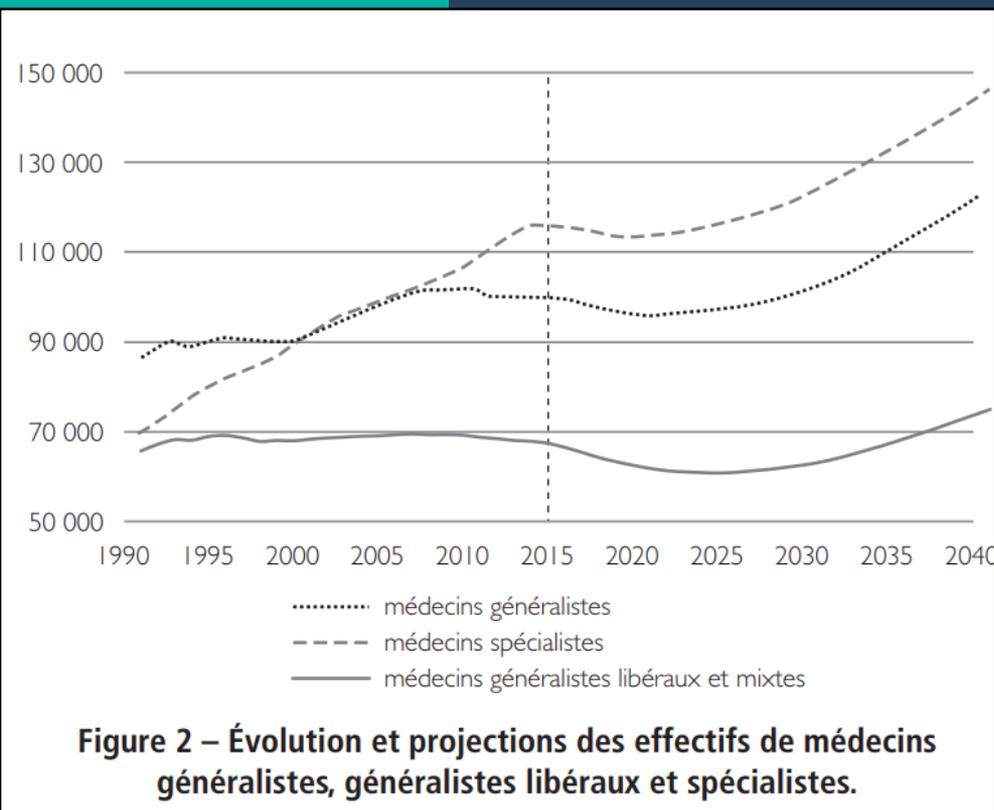


Figure 1 – Évolution du numerus clausus en médecine.

Une politique trop restrictive par le passé entraînant une raréfaction de l'offre de médecins libéraux



Une régulation tardive de l'offre régionale via le lieu de formation

- Depuis 2000, numerus clausus:
 - « Fixé compte tenu des besoins de la population et de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques... »
 - Fixé au niveau régional
 - ↓, IdF, Occitanie, PACA; ↑ Bourgogne, Franche Comté,...
- Depuis 2004 à l'issue des Epreuves classantes nationales:
 - Choix spécialité + lieu de formation
 - Nouvel outil de régulation territorial pour la médecine générale → niveau régional

Un principe de libre installation sur le territoire

- Un principe de libre installation (Charte médecine libérale 1927)
 - Aucune régulation sur le lieu d'installation
- La régulation territoriale de l'offre de soins repose uniquement sur l'hypothèse :
 - Les médecins formés dans une région choisiront d'exercer dans celle-ci:
 - Médecins généralistes 20% des nouvelles installations entre 2005-2011 autre région que celle des études (même chiffre sur 1997-2002)

II

Une nécessaire prise en compte de la diversité des profils et des évolutions de la profession

Une hétérogénéité des profils parmi les médecins généralistes

- Une diversité dans les profils de médecins généralistes qui peut traduire des préférences différentes:
 - Activité/temps de travail/durée de consultation
 - Exemple médecins à faible revenus (Samson, 2011)
- Une profession qui connaît de profondes mutations
 - Chez les jeunes générations
 - Installation plus tardives, attrait pour le salariat, l'exercice en groupe
 - Une féminisation de la profession (en 20 ans +10%)
 - Des différences F/H dans le temps de travail, temps consultation, composition de l'activité
 - Un écart d'activité F/H qui est plus faible chez les jeunes générations

Une forte homogamie de la profession qui peut jouer sur la localisation des médecins

- Fin du modèle du conjoint collaborateur :
 - le secrétariat, comptabilité, l'entretien des locaux...
- Des conjoints de médecins majoritairement cadres:
 - 46 % cadres (*Breuil-Genier 2005*)
 - Des conjoints médecins (30% Courtioux, 2015)

III

Une raréfaction de l'offre de soins aux conséquences variées selon les territoires

Inégalités territoriales

- Il existe de profondes inégalités et divergences de dynamiques entre les territoires
 - peuplement, démographie, économie, accès aux services etc. (*Barthe et Milian, 2011; CGET, 2011; Pistre, 2013; Reynard et Vialette, 2014; Barbier et Toutin, 2016; Depraz, 2017*)
 - Inégalités territoriales d'offre de soins (*Vergier et Chapput, 2017; Chevillard et al., 2018; Lucas et Mangeney, 2019*)
 - Indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux
 - Qui rejaillissent entre autres sur leur attractivité
- ⇒ Intérêt de caractériser les territoires selon plusieurs dimensions

- Cadre d'analyse : typologie socio-sanitaire des territoires de vie (Chevillard et Mousquès, 2018)

- Choix des indicateurs : analyse de la littérature
⇒ 3 dimensions et 32 variables actives :
 - **Offre de soins** : accessibilité aux soins primaires, distance à l'hôpital ...
 - **Besoins de soins** : CSP, âge, revenus, diplôme, état de santé...
 - **Attractivité spatiale** : solde migratoire, résidences secondaires, distance à la côte / aux pôles d'emploi, aux services

Offre :

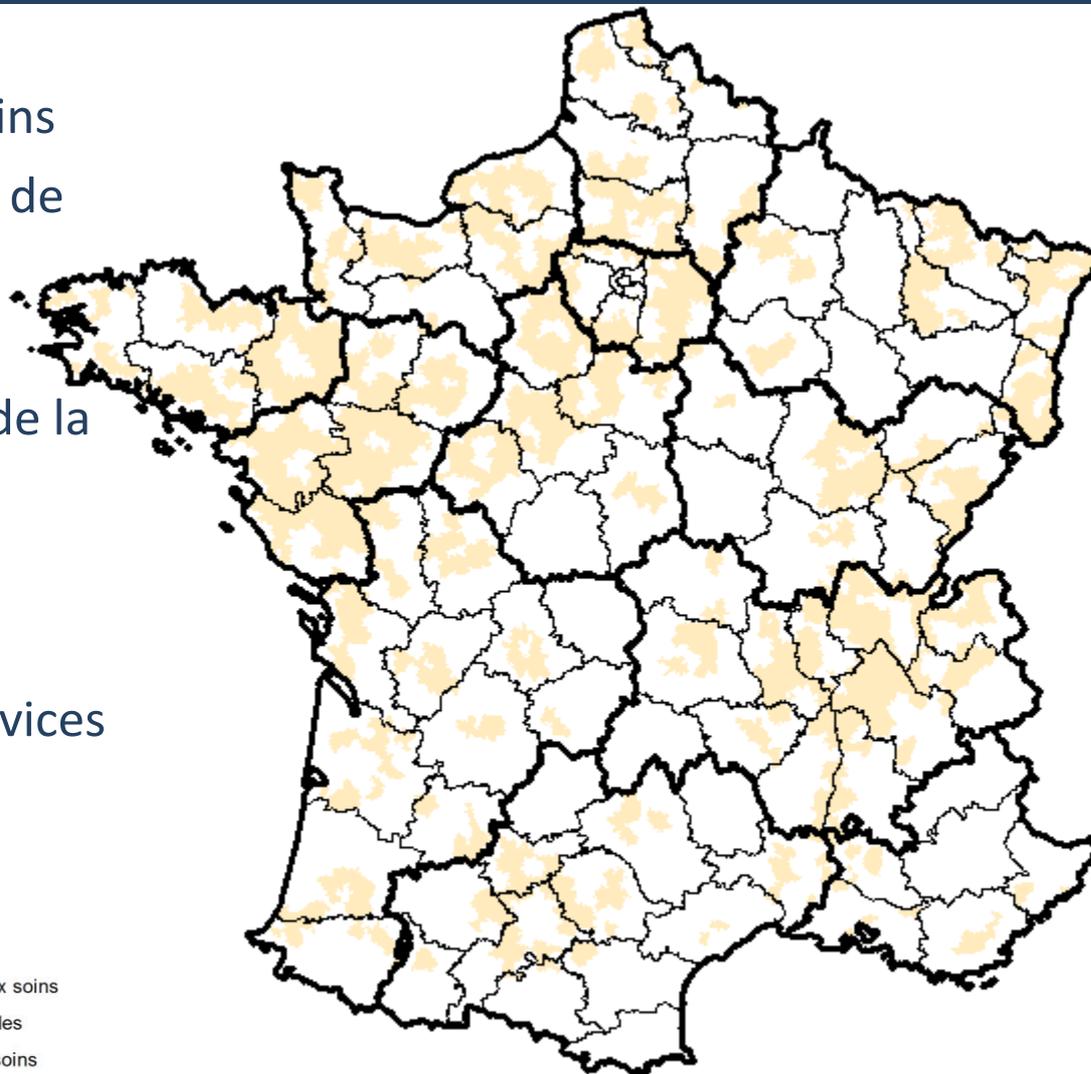
- Accessibilité moindre aux soins
- Évolution moins défavorable de l'offre de MGL

Besoins :

- Plus fort taux de croissance de la population
- État de santé +

Attractivité :

- Éloignement des villes et services légèrement supérieur



Légende

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées



Offre :

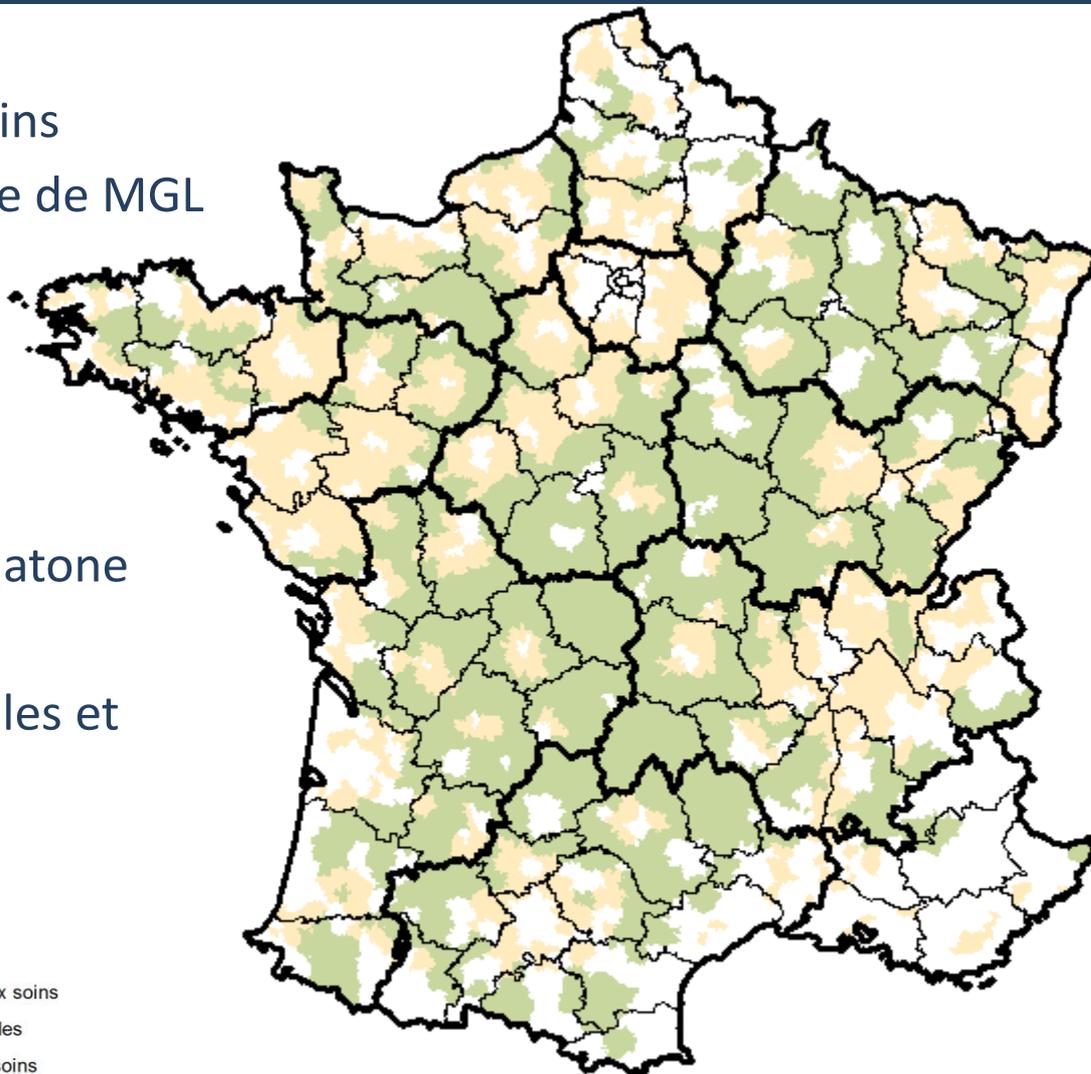
- Accessibilité moindre aux soins
- Érosion la plus forte de l'offre de MGL

Besoins :

- Population vieillissante
- Revenus les plus faibles
- Part d'ouvriers ++
- Dynamique démographique atone

Attractivité :

- Plus fort éloignement aux villes et services de proximité
- Logements vacants

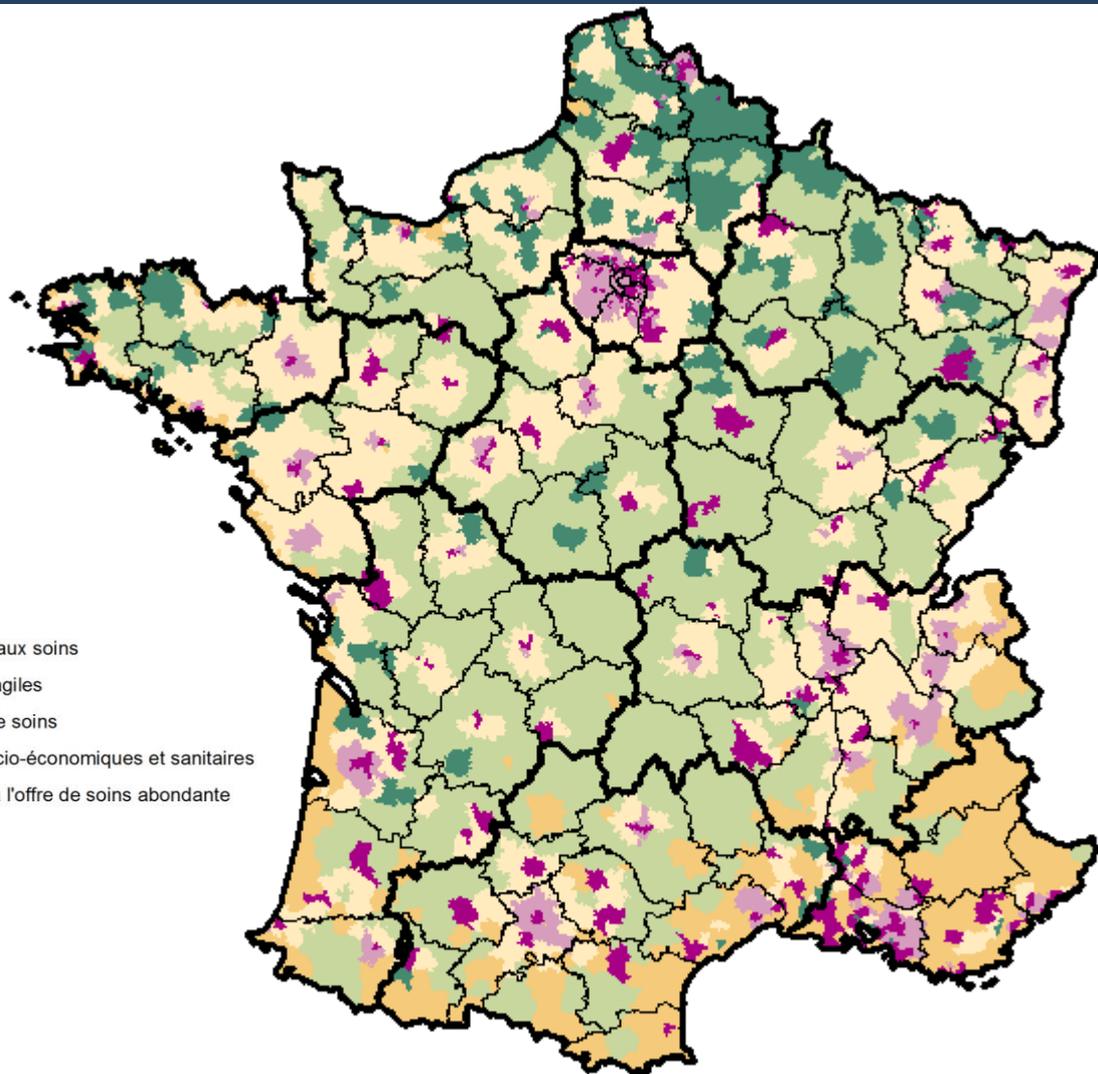


Légende

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

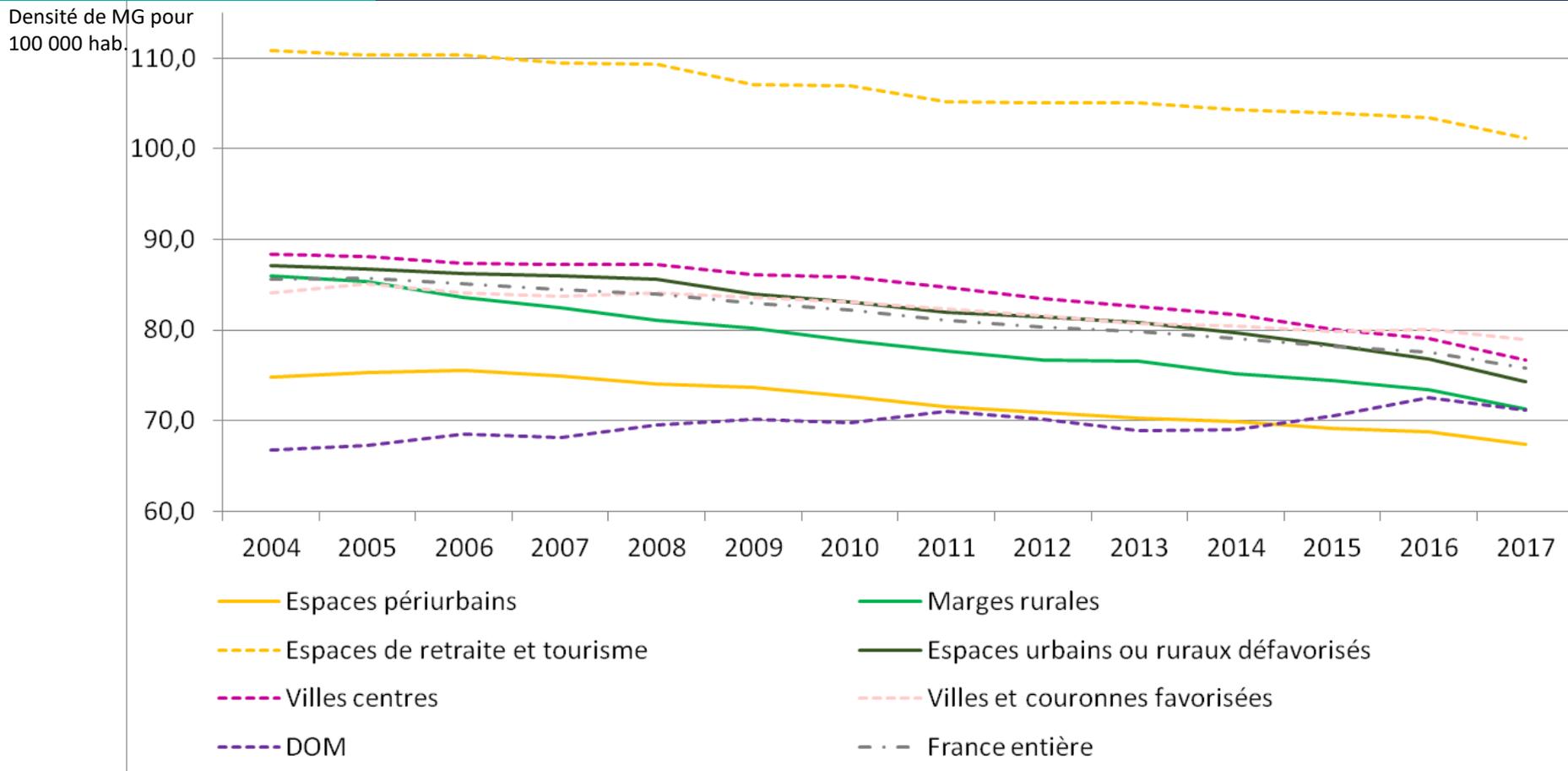




Légende

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées



- Territoires les mieux dotés le restent
- Marges rurales apparaissent bien dotées mais sont désormais en dessous de la moyenne, la raréfaction de l'offre de soins y est la plus forte (fonte des effectifs de MG +++)
- Espaces périurbains demeurent sous dotés (hausse de la population +++) et les DOM leur passent devant

- La raréfaction de l'offre de MGL affecte tous les territoires mais différemment...
- ... elle concerne davantage les territoires qui sont déjà fragilisés (marges rurales ou espaces défavorisés)
- Moteurs de la raréfaction différents selon territoires (hausse de la population vs fonte des effectifs de médecins)
- **Ceci appelle à :**
 - une connaissance plus fine de la dynamique des territoires, de manière pluridimensionnelle (e.g. typologie dynamique)
 - des réponses spécifiques pour les espaces les plus fragiles

IV

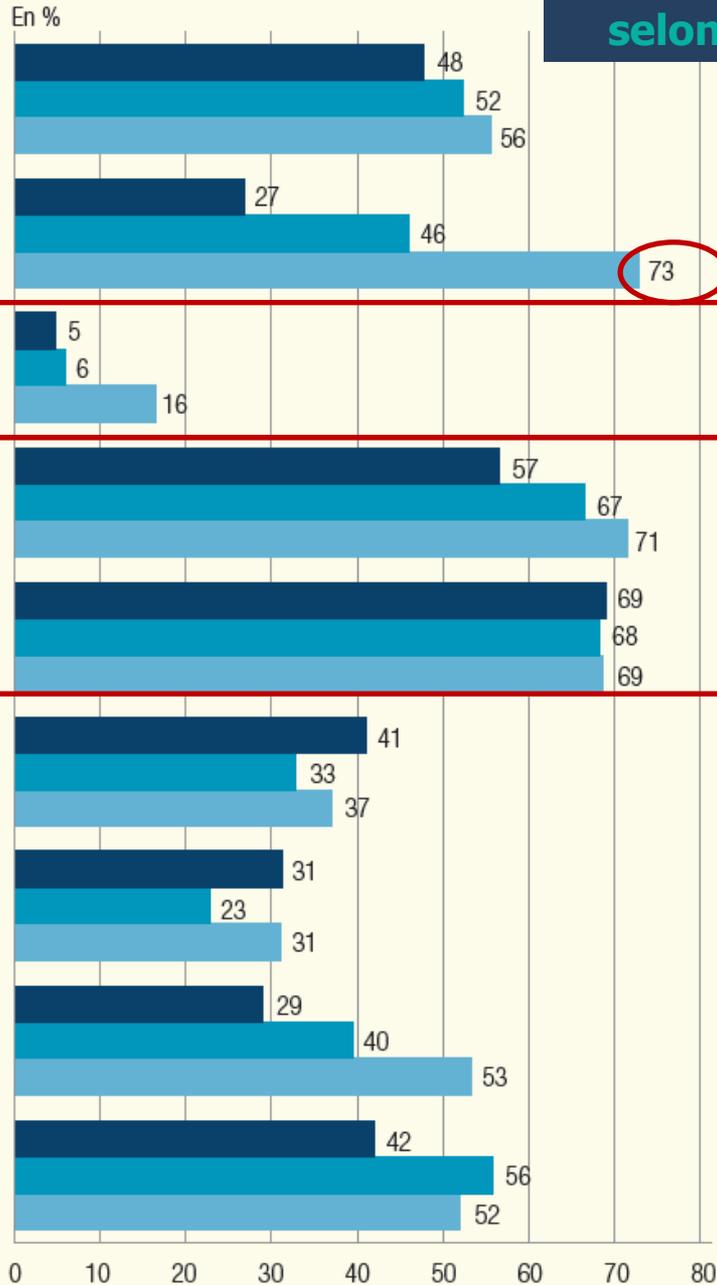
Les réponses des pouvoirs publics pour améliorer la répartition géographique des médecins

Les déterminants de l'installation des médecins

Une politique principalement incitative vers les zones sous-dotées

Moins de 40 ans Entre 40 et 59 ans 60 ans ou plus

Motivations du choix d'installation actuel selon l'âge du médecin (Chaput et al., 2020)



Les mesures pour améliorer la répartition géographique des médecins généralistes (Chevillard et al., 2018)

- Définition de zones sous-dotées (depuis 2003)
 - 4 générations de zones sous-dotées (zonages et définitions ont évolué)
- Déploiement d'incitations dans ces zones pour y attirer et maintenir des médecins généralistes
 - Initialement principalement des incitations financières
 - Puis rééquilibrage pour améliorer les conditions d'exercice (regroupement/pluriprofessionnel)

- **Incitations financières pour exercer dans les zones sous-dotées :**
 - Loi développement territoires ruraux 2005 : exonération fiscale, aides à l'installation, aides aux étudiants (*Collectivités+ Etat*)
 - 2007 : avenant 20 à la convention médicale = majoration 20 % honoraires (*Assurance Maladie*)
 - 2010 : Contrat d'engagement de service public, CESP (*Etat*)
 - 2011 : restructuration avenant 20 => option démographie et option santé solidarité territoriale (*Assurance Maladie*)
 - 2012 : Praticiens territoriaux de médecine générale, PTMG (*Etat*)
 - 2017 : contrats d'aide à l'installation (*Assurance maladie*)

Quelle efficacité des incitations financières?

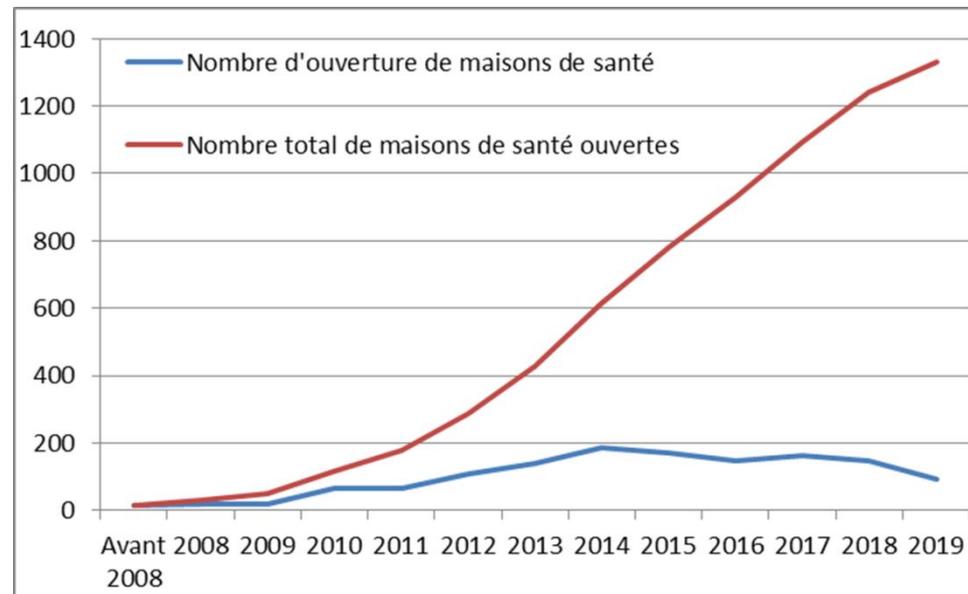
- Aides financières :
 - Dispositif couteux et peu efficace (Cours des comptes, 2014)
- Zonages déficitaires :
 - Nombre d'installations entre 2010 et 2016 : + 0,5% quand -0,5 % ailleurs (Cardoux et Daudigny, 2017)
- Nouvelles aides à l'installation?
- Bourses d'étude?
- PTMG ?

⇒ **Manque d'évaluations +++**

- Accompagnement de l'exercice regroupé (améliorer les conditions d'exercice) :
 - Programmes finançant la construction de **maisons de santé pluriprofessionnelles** (MSP) et l'ingénierie
 - Plan d'équipement en milieu rural, contrat de projet Etat-Région etc.
 - Aides financières au fonctionnement des structures d'exercice regroupé (maisons et centres de santé)
 - Accords conventionnels interprofessionnels (ACI)

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : une croissance très forte depuis 2008 (DGOS)

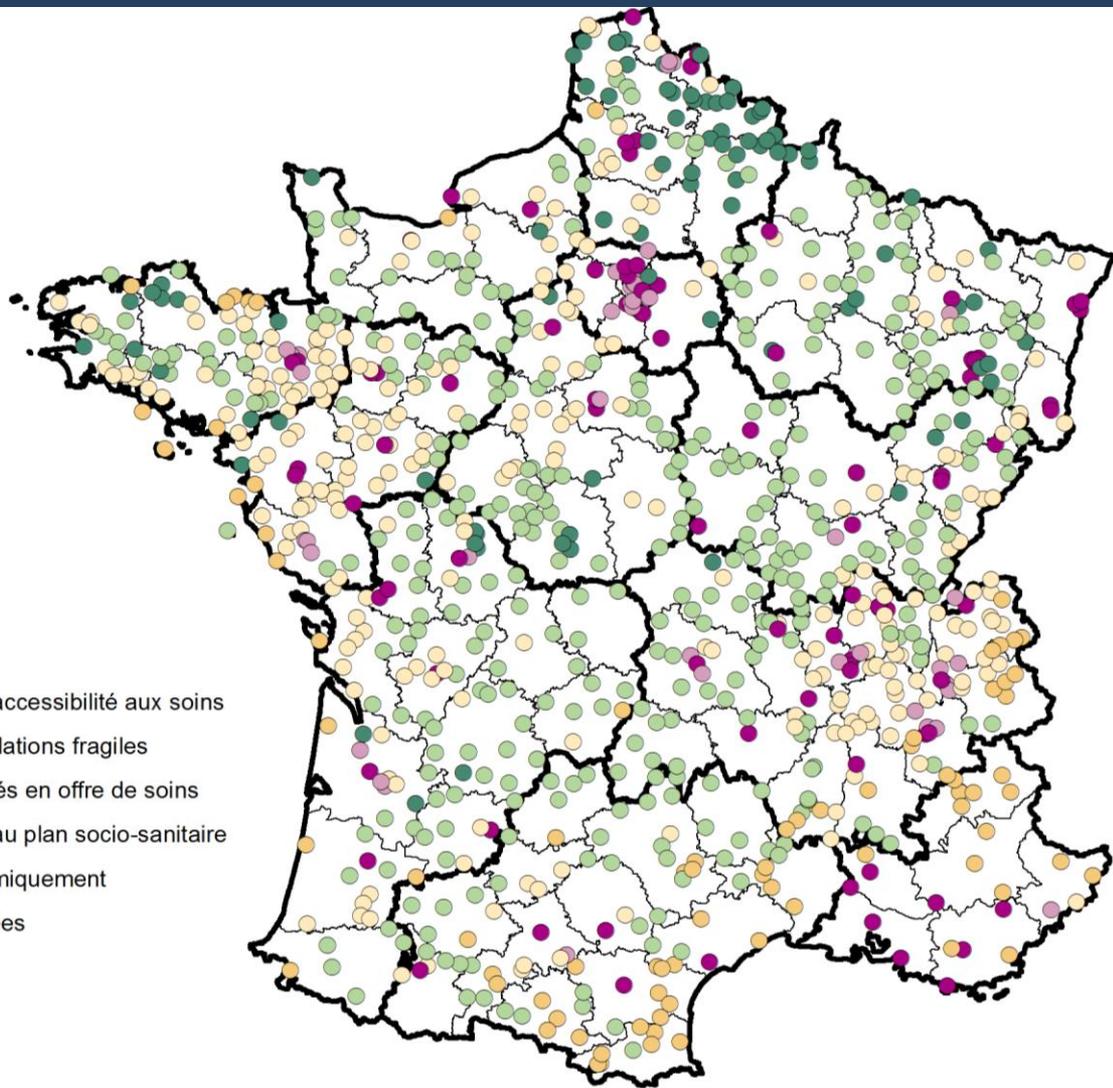
- Définitions : Art. L 6323-3 du code de santé publique 2007 modifié par loi 2011
 - Noyau : 2 médecins généralistes + 1 paramédical
 - Projet de santé
 - Exercice libéral
- En 2020, > 1300 MSP dont la majorité participent aux ACI



I.II.III.IV.

Les réponses aux
« déserts
médicaux »

Les MSP sont principalement situées dans des espaces
sous-dotés en MGL : les marges rurales (42%) puis les
espaces périurbains (25%) (Chevillard et Mousquès, 2020)



Légende

○ Maison de santé

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales peu attractives aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés au plan socio-sanitaire
- Classe 5 : Centres villes hétérogènes socio-économiquement
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

Sources : CépiDc-Inserm, CGET, DGOS, Insee, Irdes, Sniir-PS
Cartographie : Irdes, 2018

Effets des maisons de santé pluriprofessionnelles?

- Les territoires avec MSP connaissent une meilleure évolution de la densité de médecins généralistes libéraux (Chevillard et Mousquès, 2020)
- Effets principalement portés par leur attractivité auprès des jeunes généralistes
- Effets différents selon les types de territoires
 - Amélioration de l'offre dans les espaces périurbains
 - Atténuation significative de la raréfaction de l'offre de soins dans les marges rurales

➔ **Des mesures supplémentaires dans les marges rurales**

- Allonger la durée de carrière (CER)
- Faire appel à des médecins diplômés à l'étranger (Cnom, 2017)
 - Principalement des spécialistes et salariés mais phénomène croissant pour médecins généralistes libéraux
- Faire plus avec moins de médecins (réorganisation du système de soins)
 - Exercice coordonné, coopération, délégation de tâches (infirmières de pratique avancée, pharmaciens), assistants médicaux, télémédecine...
- Organisation territoriale des soins :
 - communautés professionnels territoriales de santé (CPTS)

D'autres mesures en France et à l'étranger pour résorber les inégalités territoriales d'offre de soins

- Au moment de la formation (Asghari et al., 2020; McGrail et al., 2016)
 - Prise en compte de l'origine géographique des étudiants
 - Coursus spécialisé dans la médecine rurale...
- Au moment de l'installation

Mesures coercitives :

- France : Encadrement géographique de l'installation des infirmiers libéraux profitant surtout aux zones intermédiaires (*Cardoux et Daudigny, 2017*)
- France : obligation de stage en zones sous-dotées (Loi santé, 2019)
- Étranger : Services obligatoires avec des effets très hétérogènes selon pays (*Frehywot et al., 2010*)

Conclusion

Les causes de la désertification médicale

- Raréfaction de l'offre de soins : échec du resserrement Numerus clausus (politique malthusienne)
 - Au moins jusqu'à 2027 (Projections DREES)
- Non prise en compte des changements dans la profession
 - Préférences des médecins: exercice groupe, salarié, choix d'activité...
- Disparités territoriales profondes et multidimensionnelles
- Des réponses trop tardives, parfois inadaptées et encore insuffisantes

Quelles recommandations pour remédier aux « déserts médicaux »?

- Pas de solution rapide ou miraculeuse mais besoin de
- 1/ Evaluer tout ce qui a été fait et va être fait, tant coté médecin (installation/maintien) que coté population (accès aux soins)
 - Absence d'évaluation sur la majorité des dispositifs déployés et manque de recul sur les nouveaux dispositifs (Loi santé 2020)
- 2/ recalibrer les politiques en fonction :
 - Des changements dans la profession et des préférences des médecins (en terme d'installation, de modes d'exercice...)
 - Des spécificités des territoires (enjeux y diffèrent)
 - De la nécessaire articulation entre ville et hôpital

Quelles recommandations pour remédier aux « déserts médicaux »?

■ Quelques recommandations :

- Ajouter des mesures supplémentaires dans les marges rurales moins attractives
 - ⇒ *varier les configurations d'exercice possibles (maisons/centres de santé)*
 - ⇒ *Articuler avec des politiques d'aménagement du territoire : relais de services public, centre bourg etc.*
- Recruter différemment les étudiants en médecine selon leurs profils géographiques/sociaux
- Renforcer la coordination territoriale telle qu'elle est prévue avec les CPTS (responsabilité territoriale des professionnels de santé)
- Anticiper dès à présent les effets des mesures récentes à un horizon de 10 ans où l'offre de médecins généralistes libéraux augmentera de nouveau

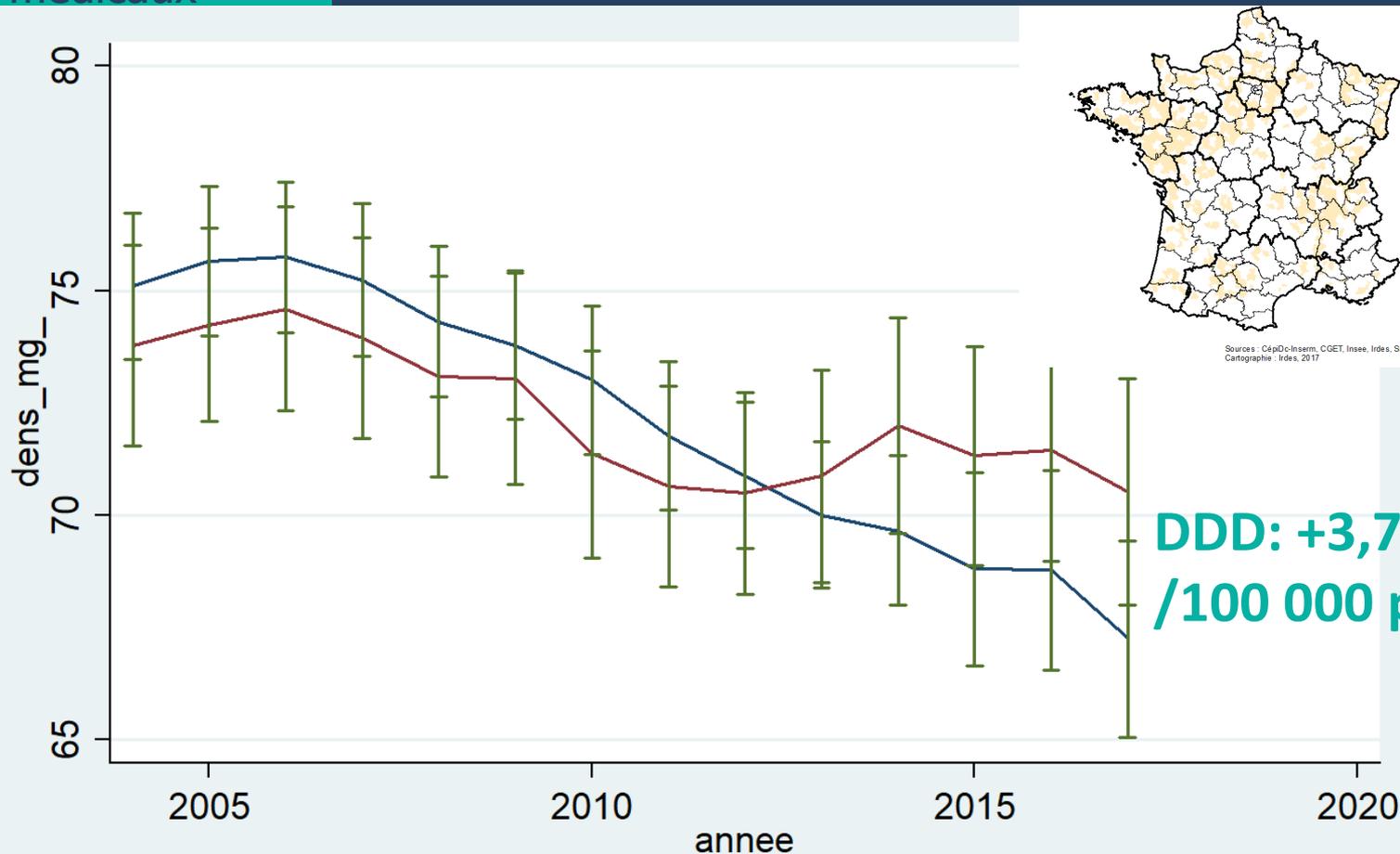
Merci de votre attention

Annexes

Une politique de régulation de l'offre fondée sur les quotas

- **Réforme des études de santé**
- **Une suppression des quotas?** *(loi du 24 juillet 2019)*
 - *Les Universités fixeront les effectifs accueillis en fonction:*
 - *des capacités de formation et des besoins sur le territoires*
 - *après avis conforme des agences régionales de santé*
 - *Des quotas fixés selon les voies d'accès aux études de santé (ouverture à d'autres filières)*

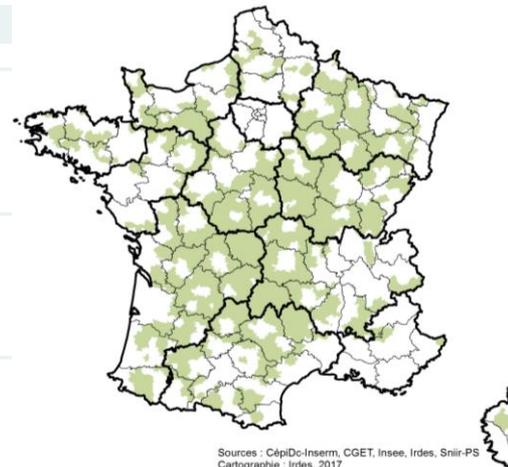
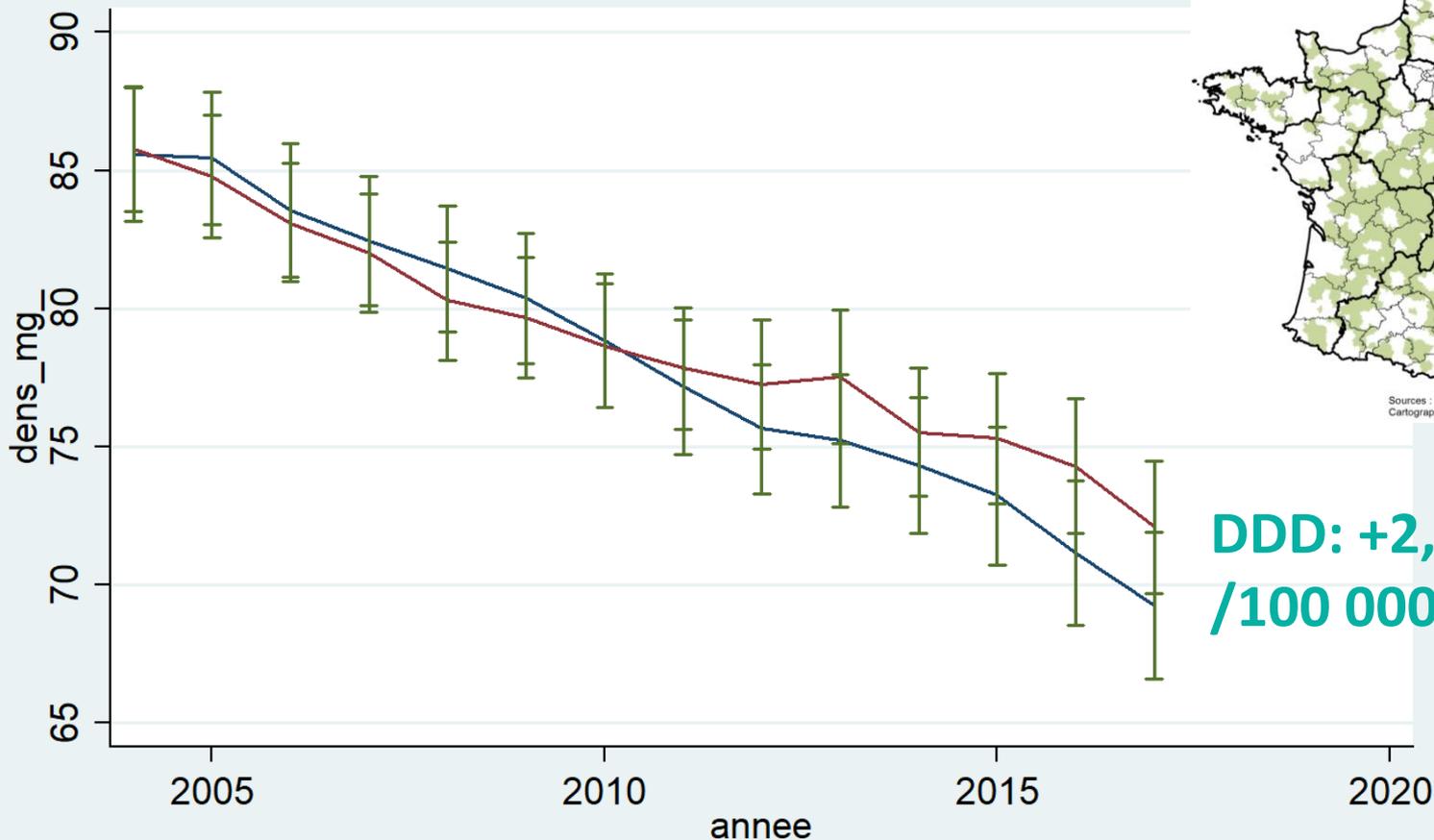
Evolution de la densité de MGL dans les espaces périurbains selon la présence ou non de MSP



**DDD: +3,7 GPs
/100 000 p.**

196 treated areas
504 control areas

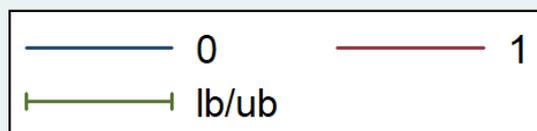
Evolution de la densité de MGL dans les marges rurales selon la présence ou non de MSP



Sources : CépiDc-Inserm, CGET, Insee, Irdes, Sniir-PS
Cartographie : Irdes, 2017

**DDD: +2,6 GPs
/100 000 p.**

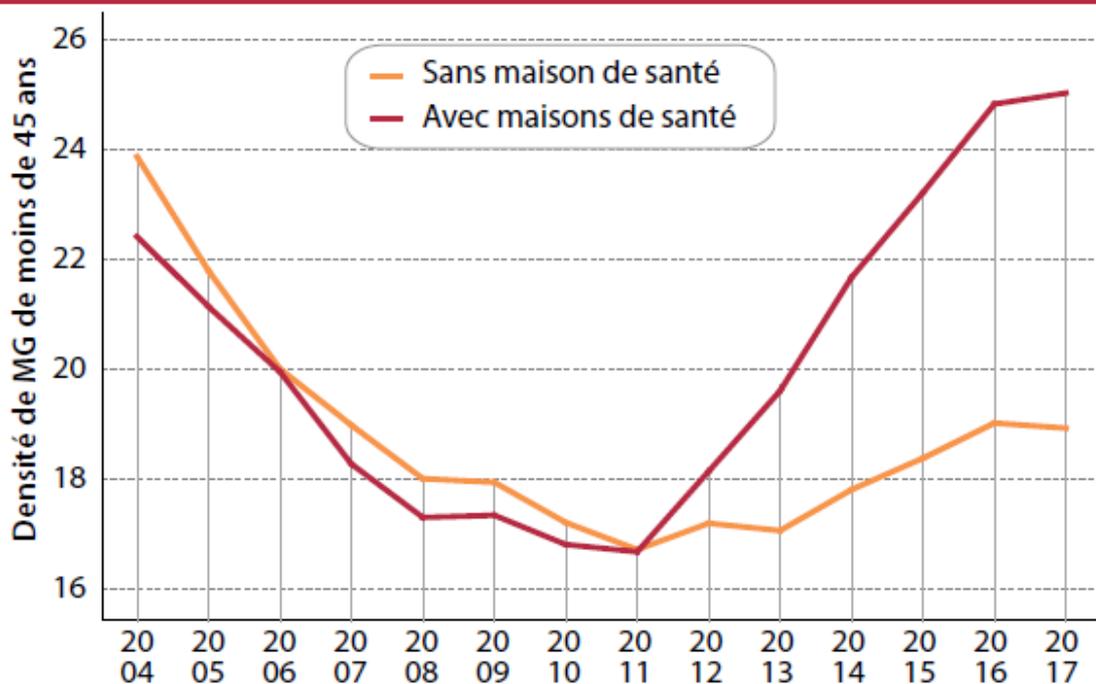
288 treated areas
300 control areas



Evolution de la densité de jeunes MGL dans les espaces périurbains selon la présence ou non de MSP

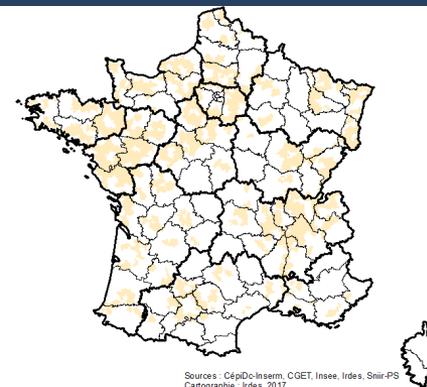
G2

Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux
de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains
avec une moindre accessibilité aux soins,
selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



Note : Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.

Sources : Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

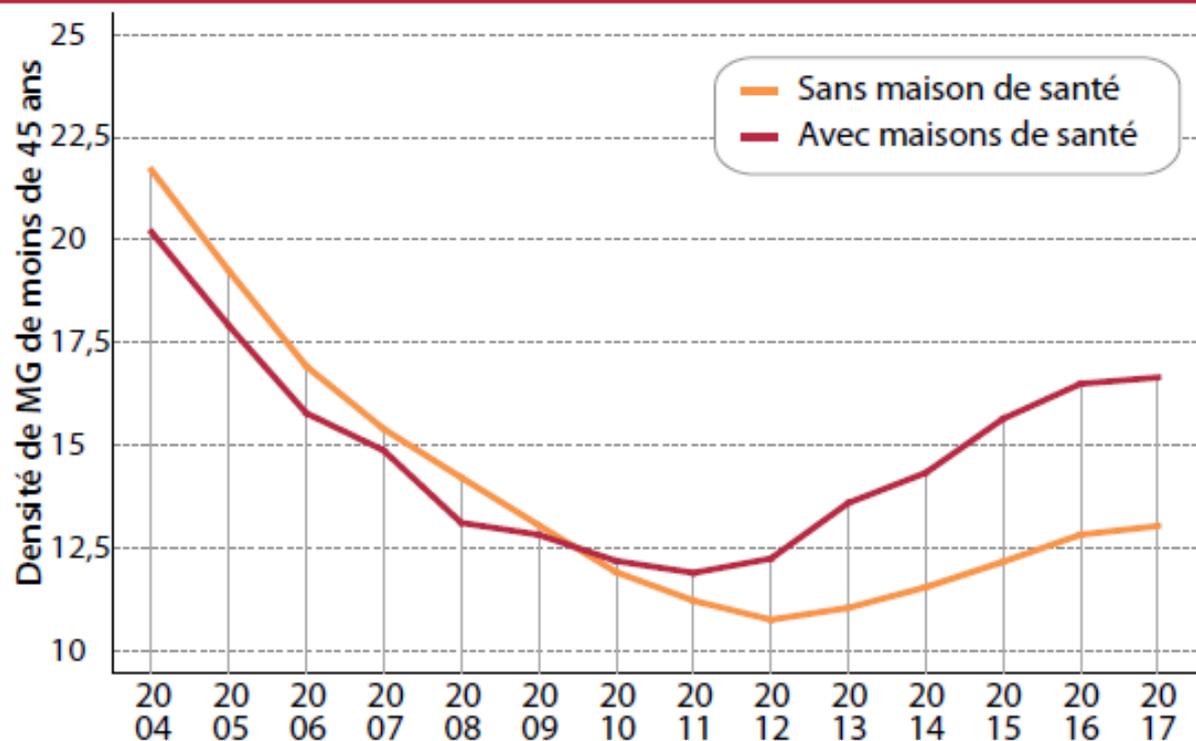


Sources : Cépid-Insarm, CGET, Insee, Irdes, Snir-PS
Cartographie : Irdes, 2017

Evolution de la densité de jeunes MGL dans les marges rurales selon la présence ou non de MSP

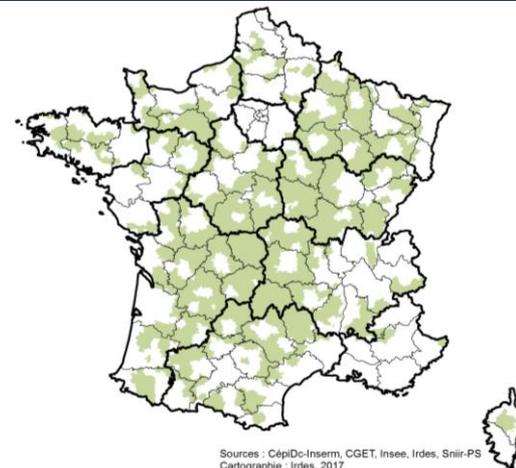
G4

Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux
de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les marges rurales,
selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



Note : Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.

Sources : Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).



Les mesures pour améliorer la répartition géographique des professionnels de santé – perspective internationale

Déterminants de l'installation (WHO, 2010)

Cadre de vie
familiale

Modes
d'exercice
possibles

Revenus
potentiels

Conditions
de travail

Capacité
d'adaptation

4 types de leviers (Ono et al., 2014)

Formation

Régulation

Incitations
financières

Soutien
personnel et
professionnel

3 moments d'intervention

Etudes

Installation

Exercice

Méthode – Les 32 variables retenues pour la typologie

Offre de soins N=12	Densité de médecins généralistes libéraux	APL masseurs-kinésithérapeutes
	Part de MGL > 60 ans	APL pharmaciens
	Distance aux urgences	APL dentistes
	Distance aux établissements MCO	APL gynécologues
	APL au MG	Distance ehpad
	APL infirmiers	Distance SSR
Population		
N=13	Part d'ouvriers	Dynamique démographique (2008-2013)
	Part d'employés	Mortalité prématurée / évitable / toutes causes
	Taux d'emploi 15-64 ans	Part personnes âgées vivant seules
	Part de diplômés du supérieur	Part familles monoparentales
	Part des plus de 65 ans	Revenus médian par foyer fiscale en base 100
	Part des 0-4 ans	
Attractivité territoire		
N=7	Solde migratoire	Distance à un grand pôle urbain
	Part de logements vacants	Distance à un pôle de service de proximité
	Part de résidences secondaires	Distance aux communes littorales (mer)
	Part de locaux connectés au THD	

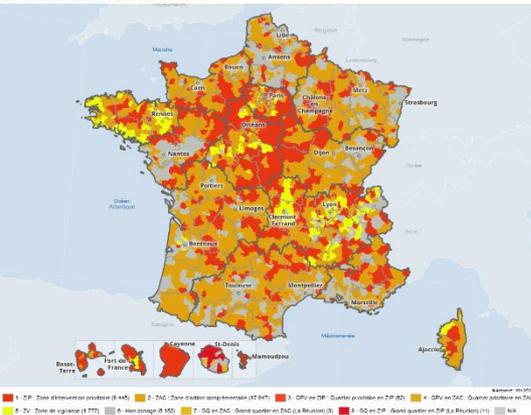
Zonage médecins : sélection nationale et vivier (Vergier et Chapput, 2017)

Région	Zones d'intervention prioritaire		
	Part de la population régionale dans les zones A (sélection nationale)	Part de la population régionale dans les zones B (sélection additionnelle)	Total (Zones A + B)
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	7,2	15,1
Bourgogne-Franche-Comté	6,3	15,6	21,9
Bretagne	1,1	8,9	10,0
Centre-Val de Loire	18,9	20,9	39,8
Corse	8,1	3,8	11,9
Grand Est	1,7	7	8,7
Guadeloupe	33,1	16,2	49,3
Guyane	100,0	-	100,0
Hauts-de-France	2,4	5,9	8,3
Ile-de-France	14,6	22,1	36,7
La Réunion	1,5	8,2	9,7
Martinique	45,0	10,7	55,7
Mayotte	100,0	-	100,0
Normandie	4,6	18,5	23,1
Nouvelle-Aquitaine	2,0	8,8	10,8
Occitanie	1,7	4,5	6,2
Pays de la Loire	5,0	13,2	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	2,6	3,8
France entière (arrondi à l'unité)	7	11	18

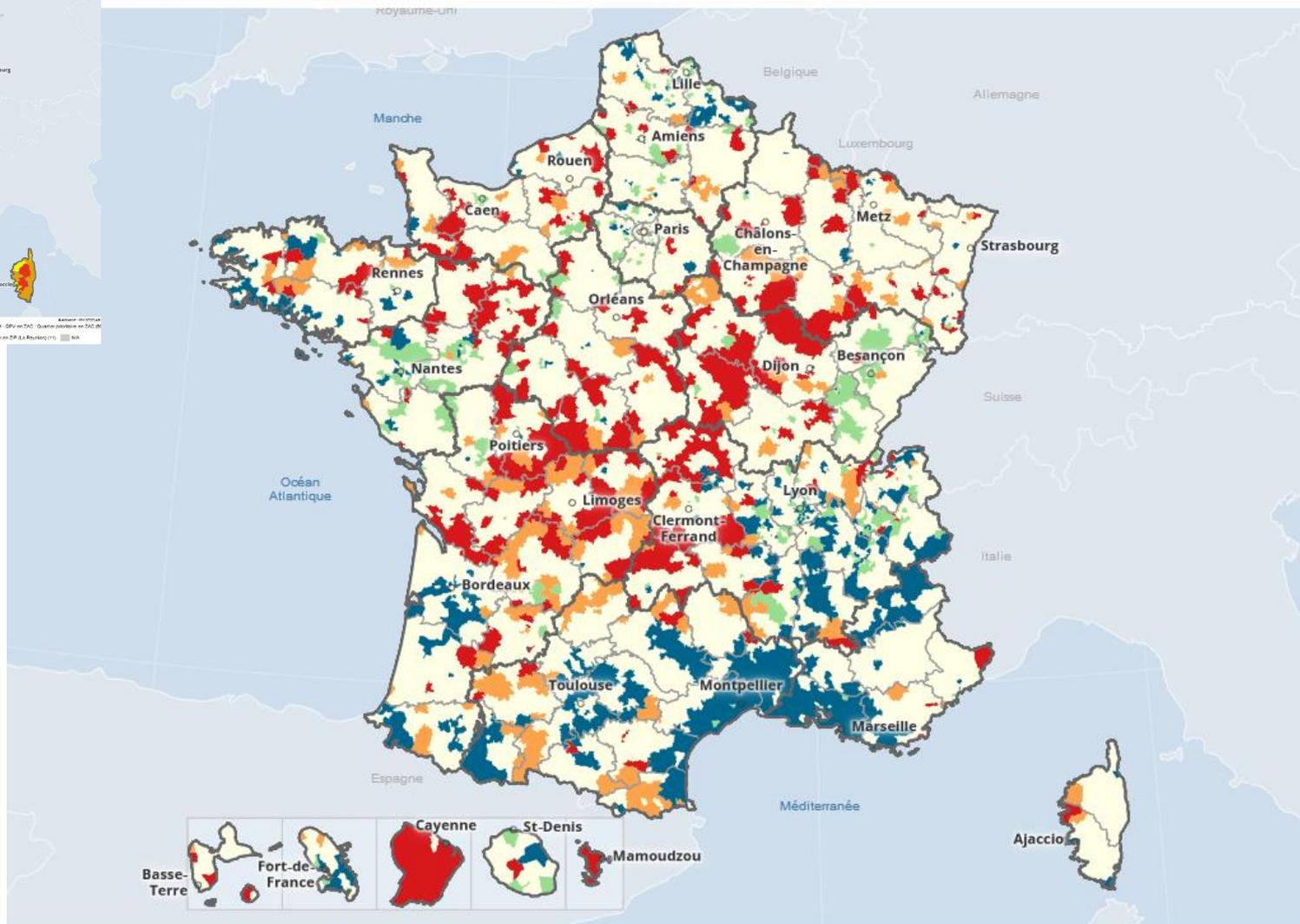
I.II.III.IV.V
 Les mesures
 « correctrices »

France - Les mesures pour améliorer la répartition des infirmiers libéraux : zonage conventionnel (cartosanté)

Zonage conventionnel des médecins généralistes - Source : ANS - 0000



Zonage conventionnel des infirmiers - Source : CNAMTS - ARS



- 1- Très sous dotée (4 177)
- 2- Sous dotée (2 048)
- 3- intermédiaire (23 602)
- 4- Très dotée (1 609)
- 5- Sur dotée (3 123)
- N/A