

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

Les perspectives de diminution des effectifs de médecins posent de manière plus aiguë la question de leur répartition, notamment territoriale.

Dans le cadre d'un partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), le CREDES analyse chaque année les évolutions de la démographie médicale à partir du Tableau de l'Ordre. Ce bilan est publié par le CNOM : « Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2002, étude n° 35, décembre 2002 ».

Une partie de cette étude est consacrée aux comportements d'installation des omnipraticiens libéraux selon le canton. Nous en présentons ici une synthèse.

Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001

Agnès Couffinal, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès
en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins

Où s'installent les jeunes omnipraticiens libéraux aujourd'hui ? Qu'est-ce qui les motive dans ce choix ? Se comportent-ils comme leurs aînés ?

Depuis longtemps, l'offre de soins primaires n'est pas répartie de façon égalitaire sur le territoire français. Certains travaux montrent que, si les comportements d'installation actuels se perpétuent, les écarts de densité médicale entre régions pourraient se réduire dans les prochaines décennies. Néanmoins, des pénuries sont à redouter au niveau local et des réflexions sont déjà en cours sur les mesures qui permettront d'assurer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Pour éclairer ce débat, il est intéressant d'analyser le comportement de première installation des omnipraticiens, afin d'identifier les facteurs qui conditionnent leur choix et les éventuels changements de tendance. Il s'avère que les comportements actuels ont plutôt tendance à renforcer les déficits constatés dans les zones rurales. En revanche, la situation des villes moyennes ouvrières et des banlieues résidentielles tend à s'améliorer et les zones bien dotées conservent une position très favorable.

Cette étude souligne par ailleurs que le choix du lieu d'installation ne se fonde pas tant sur le revenu espéré que sur des critères relatifs au contexte économique et démographique, ainsi qu'aux conditions de vie.

Les densités d'omnipraticiens nouveaux ou installés selon le type de cantons

Classes	Types de cantons	Densité d'omnipraticiens installés / 100 000 habitants (1)	Densité de nouveaux omnipraticiens / 100 000 habitants (2)	Rapport nouveaux / anciens $\frac{(2)}{(1)} \times 100$ (1)
	Moyenne nationale	99,2	5,0	5,1
A	Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8	5,7
B	Urbain défavorisé	94,6	4,9	5,1
C	Métropoles régionales et villes importantes	134,2	6,7	5,0
D	Banlieues résidentielles	85,7	4,6	5,4
E	Urbain favorisé	100,0	5,0	5,0
F	Rural isolé	91,5	4,0	4,4
G	Rural-artisanal	102,1	4,6	4,5
H	Rural-ouvrier, plutôt défavorisé	70,7	3,6	5,0

Les dénominations résument les caractéristiques de la majorité des cantons d'une classe.

Source : CNOM au 1^{er} janvier 1998-2001.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

Les disparités géographiques : une préoccupation actuelle

Des disparités de répartition fortes et persistantes

Il existe d'importantes disparités dans la répartition territoriale des médecins, y compris chez les omnipraticiens. Ainsi, par rapport à la population, les omnipraticiens¹ sont en moyenne deux fois plus nombreux dans les départements méridionaux qu'au nord de la Loire. En outre, la distribution des médecins sur le territoire est très stable dans le temps. En effet, la répartition départementale était quasiment identique il y a plus d'un siècle alors que les médecins étaient dix fois moins nombreux.

Cette situation résulte avant tout du principe de la libre installation sur le territoire et de la stabilité dans le choix du lieu d'installation des médecins. Des leviers tels que le *numerus clausus* et le concours de l'internat n'ont pu la modifier.

La diminution du nombre d'omnipraticiens va-t-elle amplifier ces disparités ?

Les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrent que, dans l'hypothèse où la politique de formation resterait au niveau fixé pour 2001, les effectifs d'omnipraticiens devraient diminuer de plus de 10 % d'ici 2020. Ces projections montrent que si les comportements d'installation ne changent pas, une réduction spontanée des écarts de densité entre régions pourrait s'opérer. Il n'en reste pas

¹ Les omnipraticiens comprennent les généralistes et les médecins à exercice particulier (acupuncture, homéopathes...).

moins que l'on redoute d'ores et déjà des pénuries dans des zones rurales et périurbaines : si un rééquilibrage global se produisait, on ne peut affirmer qu'il améliorerait le maillage de l'offre dans ces zones spécifiques.

Les mesures de réduction des disparités : aide à l'installation et amélioration des conditions d'exercice

Ce contexte général a engendré un débat sur les mesures qui permettraient de maintenir, voire d'améliorer l'équité géographique dans l'accès aux soins. Faut-il aller jusqu'à la coercition (*numerus clausus* à l'installation) ou suffira-t-il de mettre en place des incitations ? Cette seconde voie semble privilégiée en France. Dans ce registre, les réflexions ont porté sur différentes modalités d'aide (incitations financières ou mesures visant à l'amélioration des conditions d'exercice). La Loi de financement de la Sécurité sociale de 2002 a ainsi posé le principe général de la mise en œuvre d'une aide à l'installation – pour les médecins – dans les territoires où se pose un problème d'accès aux soins.

Pour être efficace, une mesure incitative doit répondre à des attentes ou permettre de surmonter un obstacle perçu par les personnes concernées, comme l'a montré une étude du Centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM). En l'espèce, il peut donc s'avérer utile d'identifier les facteurs qui conditionnent le choix d'installation des médecins omnipraticiens français. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse statistique des caractéristiques des cantons dans lesquels ces médecins se sont installés ces quatre dernières années. Nous cherchons à rendre compte de la diversité des facteurs qui entrent en ligne de compte dans ce choix, et notamment à aller au-delà du potentiel d'activité et du niveau de concurrence.

Une étude cantonale sur 1998-2001

La population de référence : les nouveaux omnipraticiens libéraux

Nous avons centré notre analyse sur les soins primaires – et plus spécifiquement sur les omnipraticiens libéraux – puisqu'il s'agit d'une population relativement homogène et pour laquelle la problématique de la proximité est importante. La population de référence de notre étude est donc l'ensemble des nouveaux omnipraticiens se déclarant actifs, ayant une pratique libérale ou mixte, et s'étant installés sur le territoire métropolitain sur la période 1998-2001. On en recense 3 043 dans le Tableau de l'Ordre (cf. encadré page 3).

Pour des raisons d'absence d'information géographique quant au lieu d'activité, cette étude ne peut pas prendre en compte les omnipraticiens actifs ne déclarant pas d'activité permanente. Il s'agit notamment des médecins remplaçants ou en cours d'installation (25 % des nouveaux inscrits). Leur présence illustre le caractère progressif de l'installation en médecine libérale et leur répartition sur le territoire n'est sans doute pas neutre (ce qui peut renforcer les phénomènes de pénurie en milieu rural mis en évidence plus loin).

Le choix du niveau géographique : le canton

Le niveau géographique le plus pertinent pour notre analyse est le canton. Il s'agit d'un découpage administratif fin pour lequel nous disposons d'un nombre d'informations satisfaisant. Il apparaît comme un bon compromis entre le niveau communal, trop précis, et le niveau départemental, trop grand.

Sources des données

Quatre sources de données ont été mobilisées pour ce travail :

- le recensement de la population française 1999 (INSEE) pour les variables démographiques et socio-économiques ;
- l'inventaire communal (INSEE) pour les variables d'accès aux services ;
- le système national inter-régimes (CNAMTS), pour les variables d'offre de soins et d'activité ;
- et enfin le Tableau de l'Ordre pour la constitution de notre échantillon d'omnipraticiens libéraux nouvellement installés entre 1998 et 2001.

Le Tableau de l'Ordre des médecins

Les médecins français ou européens, titulaires d'un doctorat de médecine ou d'un diplôme équivalent pour les Européens, sont dans l'obligation de se déclarer à l'Ordre pour pouvoir exercer la médecine (article L.4111-1 du code de la santé publique). L'obligation de déclaration est également valable pour les médecins diplômés dans les universités extra-européennes ; ils sont néanmoins soumis à des dispositions législatives et réglementaires particulières.

L'inscription s'effectue à l'Ordre du département dans lequel le médecin va exercer. À son inscription, le médecin fournit des informations démographiques et professionnelles qui permettent de donner une image fiable de la population médicale active. Il faut néanmoins garder à l'esprit qu'elles sont déclaratives, et donc entachées d'une certaine incertitude, notamment en cas de changement d'activité.

Afin de caractériser au mieux les cantons dans lesquels les médecins choisissent de s'installer, nous avons sélectionné un large éventail de variables. Ces variables caractérisent le contexte démographique (structure et dynamisme démographique...), le contexte socio-économique (niveau et structure de l'activité économique, revenus...), les conditions d'équipement (distances d'accès aux services d'usage plus ou moins courant), les conditions de l'exercice des omnipraticiens déjà installés (niveau de concurrence, contenu de l'activité, revenu moyen...).

L'analyse du choix du lieu d'installation

Nous avons cherché à déterminer dans quels types de cantons les médecins s'installent ou non, mais aussi à voir dans quelle mesure le comportement de ces nouveaux médecins diffère de celui de leurs aînés. Nous étudions ainsi le rapport entre la densité de médecins nouvellement installés (entre 1998 et 2001) et celle des installés (avant 1998).

Nous avons eu recours à l'analyse de données qui consiste ici à évaluer les ressemblances entre les cantons en étudiant les variables qui les caractérisent ainsi que leurs liaisons. Mais surtout, cette méthode permet de mettre en regard ces ressemblances avec nos variables d'intérêt : le fait qu'un canton voit s'installer au moins un nouvel omnipraticien ou la densité d'omnipraticiens nouvellement arrivés. De ce travail, émergent huit types de cantons au sein desquels les comportements d'installation des jeunes médecins sont relativement homogènes.

Précisons que l'étude a été menée sur l'ensemble du territoire excepté Paris, la Corse et les Dom-Tom, faute de données disponibles ou pour des raisons de spécificité des profils.

Déterminants et tendances dans le choix du lieu d'installation des omnipraticiens

L'analyse de données nous permet de dégager trois éléments principaux qui entrent en compte dans le choix du canton d'installation.

Le premier est le niveau d'urbanisation. Il oppose les cantons urbains et les cantons ruraux, notamment par les distances d'accès aux services de proximité (boulangerie, école primaire...) ou plus rares (hôpital, cinéma...).

Le deuxième est l'âge de la population, opposant les cantons jeunes et les cantons âgés.

Le troisième élément discriminant est constitué d'indicateurs de « défavorisation », c'est-à-dire de critères socio-économiques défavorables tels que le taux de chômage des jeunes, le pourcentage de population sans formation ou le niveau de revenu. Chacun des huit types de canton va se positionner de façon particulière sur ces dimensions. Le tableau de la page 6 résume les caractéristiques de chaque classe identifiée par une dénomination synthétique et donne quelques exemples.

Pour chacun de ces types de cantons nous observons la densité de nouveaux installés, la densité actuelle, et le rapport entre les deux. Ce ratio « nouveaux/installés » est en moyenne de 5,1/100. Pour simplifier, nous le ramenons à 5,1 dans tout ce qui suit. Il y a stabilité des comportements lorsque le ratio est proche de 5,1 ; s'il est nettement inférieur à cette valeur, les cantons étudiés sont moins attractifs que par le passé, et inversement s'il est plus élevé que 5,1. Les valeurs de ces trois indicateurs sont présentées dans le tableau de la première page.

Les cantons urbains : un rééquilibrage mineur

Les métropoles régionales, grandes villes et cantons urbains favorisés : des zones attractives

Deux types de cantons occupent une position favorable. Il s'agit des métropoles régionales, grandes villes et des cantons urbains favorisés. On y trouve essentiellement des centres-villes ou des quartiers de grandes villes et de banlieues aisées. Dans ces zones, les distances d'accès aux services sont très faibles. Les métropoles régionales et grandes villes (classe C) se caractérisent par une population plutôt âgée et une croissance de la population positive mais inférieure à la moyenne.

Les cantons urbains favorisés (classe E) se distinguent par des indicateurs socio-économiques favorables : les proportions de cadres et de diplômés de niveau supérieur sont fortes, le niveau de revenu est très élevé.

La densité d'omnipraticiens installés est très forte dans les métropoles régionales et grandes villes (+ 35 % par rapport à la moyenne) et proche de la moyenne pour les cantons urbains favorisés. Les honoraires et le niveau d'activité sont plus faibles que la moyenne et la proportion de dépassement des honoraires est importante.

La situation de ces cantons est stable puisque le ratio « nouveaux/installés » est égal à la moyenne.

Les villes moyennes ouvrières et les banlieues résidentielles : vers un rééquilibrage

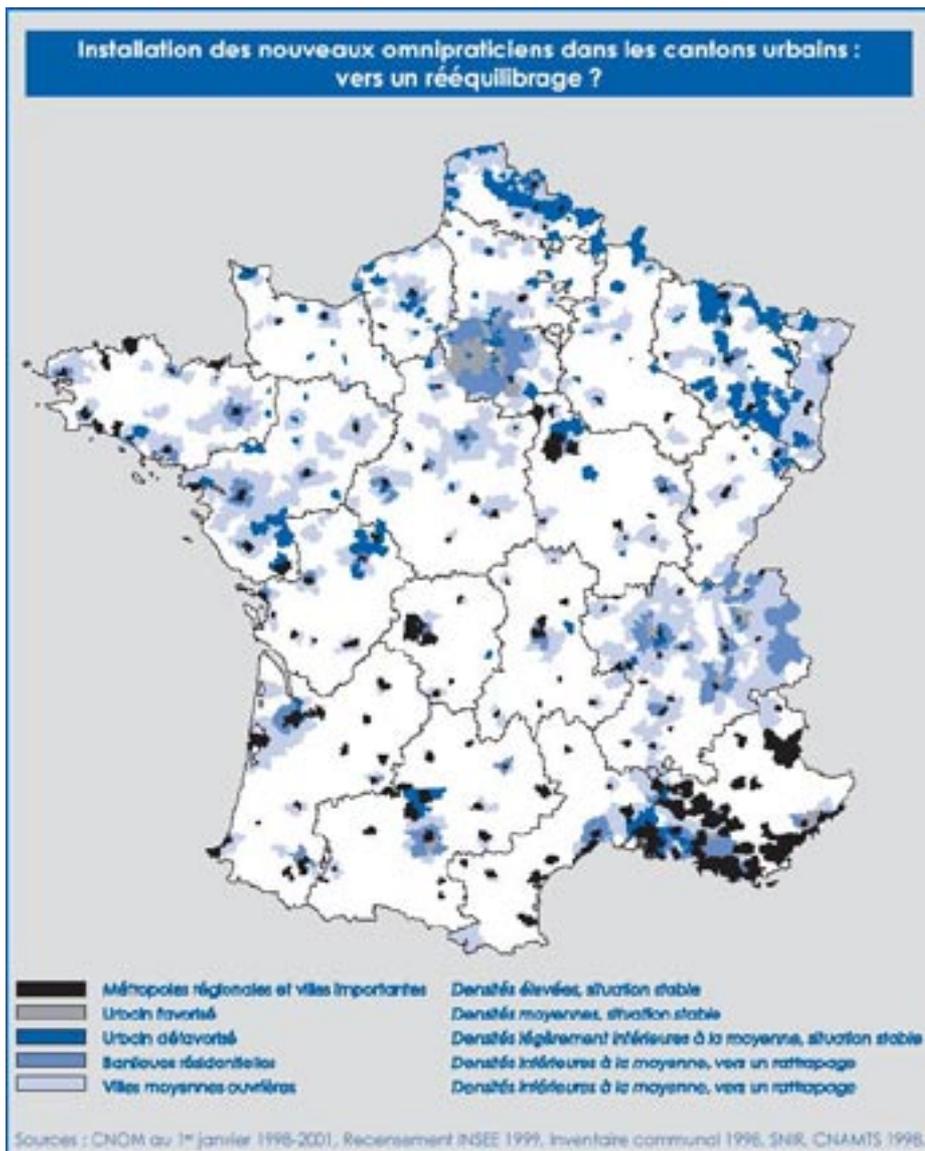
Les cantons constitués de villes moyennes ouvrières (classe A) sont plutôt jeunes et ont un fort taux de croissance de la population (presque le double de la moyenne). Le niveau de revenu est égal à la moyenne mais le taux de chômage des jeunes est élevé. Certaines distances d'accès aux services sont importantes notamment celles aux services intermédiaires (bureau de poste...) ou plus rares (hôpital, cinéma).

Le type « banlieue résidentielle » concerne des cantons situés à la périphérie de certaines grandes villes, où les gens habitent sans nécessairement y travailler. Ces banlieues résidentielles sont dynamiques (jeunes et en croissance démographique) et aisées (niveau de revenu élevé). Les distances d'accès aux services sont légèrement supérieures à celles des pôles urbains, mais restent faibles (classe D).

Les villes moyennes ouvrières et les banlieues résidentielles, qui sont caractérisées par une forte croissance démographique, ont des densités inférieures à la moyenne que ce soit pour les omnipraticiens installés (- 14 %) ou nouveaux (respectivement - 4 % et - 10 %). Cependant, le ratio « nouveaux/installés » y est le plus élevé, ce qui va dans le sens d'un rattrapage.

Les cantons urbains défavorisés : une situation légèrement déficitaire et stable

Les cantons urbains défavorisés (classe B) sont des zones ouvrières qui cumulent les indicateurs défavorables : la population diminue, le taux de chômage des jeunes est important (20 %), les niveaux de revenu et de formation sont faibles (23 % de non-diplômés).



Les densités de médecins omnipraticiens installés ou nouveaux sont légèrement inférieures à la moyenne, leur activité est supérieure (+ 10 %). Le ratio « nouveaux/installés » étant égal à la moyenne, on peut considérer que leur situation relative reste stable.

Les cinq classes de cantons urbains que nous venons d'analyser sont représentées sur la carte de la page 4 ; les trois types de cantons ruraux que nous allons maintenant détailler sont représentés ci-contre.

Les cantons ruraux : des zones peu attractives

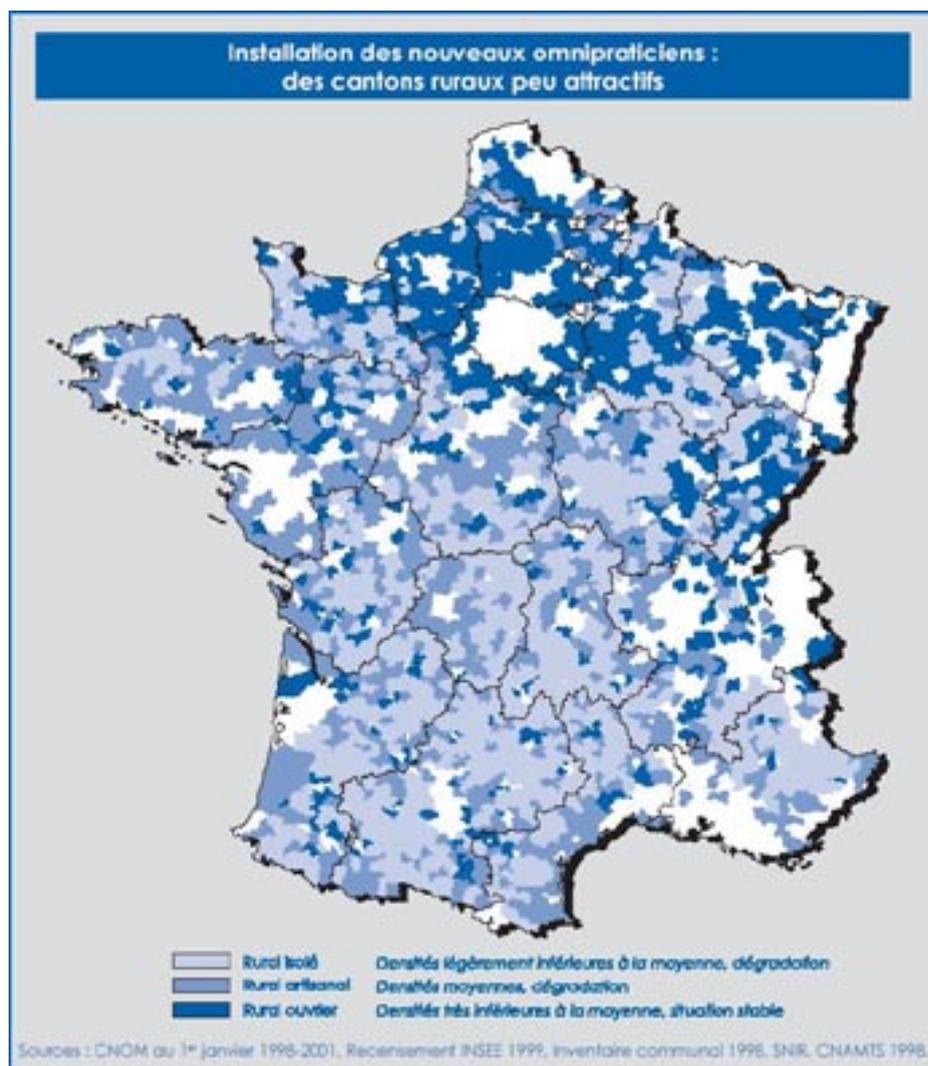
Nous distinguons trois catégories de cantons ruraux : le rural isolé, le rural-artisanal de type traditionnel situé principalement au sud d'une ligne allant du Havre à Belfort et le rural-ouvrier plus caractéristique du nord et de l'est de la France.

La situation des cantons ruraux isolés ou artisanaux se dégrade

Le rural isolé se caractérise par une part importante de personnes âgées et une décroissance démographique ; c'est la France des basses densités de population. Les distances d'accès aux services sont 3 à 4 fois plus importantes que la moyenne (classe F).

Les cantons ruraux-artisanaux, par rapport aux précédents, ont une activité mixte axée sur l'agriculture et l'artisanat (classe G). La population est âgée mais pas en déclin démographique. Les distances d'accès sont relativement importantes pour les services intermédiaires ou plus éloignés (hôpital, cinéma, collège, super et hypermarchés).

Dans les cantons ruraux isolés, les densités sont légèrement plus faibles que la moyenne (-10 % pour



les médecins installés et - 20 % pour les nouveaux), alors même que les honoraires sont élevés (+ 6 %). La décroissance de l'offre médicale va au-delà de la décroissance démographique, le ratio « nouveaux/installés » est égal à 4,4. Le caractère non attractif est surtout le fait d'un problème d'absence d'équipement, il s'agit donc d'une problématique bien connue en aménagement du territoire.

Les cantons ruraux et artisanaux ont une densité de médecins omnipraticiens installés proche de la moyenne et une densité de nouveaux installés un peu plus faible (- 8,6 %). Le ratio « nouveaux/installés » est faible (4,5) : leur situation relative se dégrade.

Pour ces deux types de cantons la non-attractivité de la zone est renforcée par un problème de surcharge de travail lié

à la faible médicalisation, le recours aux visites y est d'ailleurs important (respectivement + 30 % et + 26 % par rapport à la moyenne).

Les cantons agricoles et ouvriers : des espaces continus de sous-densification

Les cantons agricoles et ouvriers sont situés en grande majorité au nord ou à l'est de l'Ile-de-France. La population est plutôt jeune et ce sont des zones en expansion démographique. Ce sont des cantons cumulant beaucoup d'indicateurs défavorables : le taux de chômage des jeunes est élevé (20 %), la proportion de foyers non imposables est forte (49 %), et les distances d'accès aux services, plus particulièrement aux services de santé, sont importantes. La distance

Principales caractéristiques des 8 types de cantons

Classes	Types de cantons et quelques exemples	Pourcentage de cantons	Pourcentage de population	Urbanisation	Défavorisation	Dynamisme démographique	Taux de variation annuel de la population 1990-1999 (%)
	Moyenne nationale						0,45
A	Villes moyennes ouvrières Sedan, Langres, Molsheim...	15,3 %	15,9 %	-	*	++	0,81
B	Urbain défavorisé Bobigny, Charleville-Mézières...	8,6 %	14,5 %	++	++	--	-0,06
C	Métropoles régionales et villes importantes Narbonne, Béziers, Lorient, Limoges...	7,1 %	21,8 %	++	-	-	0,31
D	Banlieues résidentielles Cergy, Sannois, L'Hautail, Montigny...	9,1 %	15,7 %	+	--	++	1,00
E	Urbain favorisé Neuilly/Seine, Meudon, Antony...	2,6 %	6,0 %	++	--	+	0,54
F	Rural isolé Rouillac, Uzel, Villefranche-de-Lonchat...	20,8 %	5,2 %	--	*	--	-0,11
G	Rural artisanal Saint-Jean-d'Angely, Pont-l'Évêque...	19,9 %	12,2 %	-	+	-	0,21
H	Rural ouvrier Magny-en-Vexin, Fronsac...	16,5 %	8,7 %	--	+	+	0,58

Légende : (-) - = (très) inférieur à la moyenne ; (+) + = (très) supérieur à la moyenne ; * = proche de la moyenne.

Sources : CNOM au 1^{er} janvier 1998-2001, Recensement INSEE 1999, Inventaire communal 1998, SNIR, CNAMTS 1998.

d'accès au généraliste est de 3,3 km contre 0,7 en moyenne.

6 Les densités de médecins omnipraticiens installés ou nouveaux sont très inférieures à la moyenne (- 40 %). Les honoraires et le niveau d'activité sont supérieurs de 15 % à la moyenne. Il y a perpétuation d'une situation déficitaire, le ratio « nouveaux / installés » est égal à 5. Le caractère non attractif semble avant tout tenir au contexte économique défavorable. Ces cantons sont géographiquement regroupés ; il existe donc des espaces continus de sous-densification en médecine générale.

En conclusion, même si les densités actuelles demeurent assez proches de la moyenne dans le rural isolé et le rural-artisanal, nous pouvons craindre à terme que l'accès aux soins dans ces zones peuplées pose problème. Les cantons agricoles et ouvriers ne bénéficient d'aucun rééquilibrage positif alors même qu'ils sont extrêmement sous-dotés.

Les seules tendances au rééquilibrage concernent les villes moyennes et ouvrières, et à un moindre niveau les banlieues résidentielles. Les centres ou quartiers favorisés des grandes villes et les banlieues aisées conservent une situation très favorable. Une même stabilité caractérise les cantons urbains défavorisés, légèrement sous-dotés.

Une autre confirmation tirée de cette étude est le fait que ce ne sont pas tant des critères de revenus ou d'activité espérés qui guident les choix de lieu d'installation des omnipraticiens que des critères relatifs au contexte socio-économique et démographique, ou au niveau d'équipement des cantons.

Pour en savoir plus

Ordre National des Médecins, « Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2002 », étude n° 35, décembre 2002.

Voir aussi

Niel X., « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », DREES, Études et Résultats n° 161, mars 2002.

Bui Dang Ha Doan, Lévy D., « Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale », CSDM, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n° 3-4, juillet-décembre 2000.

Couffinal A., Polton D., « Les projections de démographie médicale » dans « Peut-on évaluer les besoins en médecins », CREDES, n° 1341, mars 2001, pp13-45.

Lucas V., Tonnellier F., « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », INSEE, Données sociales, 1996.