

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

*Any reproduction is prohibited but
direct links to the document are allowed:*

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

IRDÉS

Document de travail
Working paper

Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France

Guillaume Chevillard (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaiques, UMR Lavue 7218 CNRS ; Irdes, Prospere)

Julien Mousquès (Irdes, Prospere)

Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes)

Yann Bourgueil (Irdes, Prospere)

Stéphane Rican (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaiques, UMR Lavue 7218 CNRS)

Gérard Salem (Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Laboratoire Mosaiques, UMR Lavue 7218 CNRS)

DT n° 57

Novembre 2013

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes - 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris - Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50 - www.irdes.fr

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue des auteurs exprimés dans les documents de travail ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Irdes. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

* * *

IRDES Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in IRDES Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of IRDES or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tel. : 01 53 93 43 06 • Fax : 01 53 93 43 07
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication / Director of publication** Yann Bourgueil
- **Secrétariat général d'édition / Publisher** Anne Evans
- **Relectrice / Reviewer** Magali Coldefy
- **Maquettiste / Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page / Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion / Diffusion** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
- **Imprimé par / Printed by** RGP (Antony, 92)
- **Dépôt légal** : novembre 2013 • **ISBN** : 978-2-87812-392-0 • **ISSN** : 2101-6386

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Résumé..... | 5 |
| Abstract..... | 6 |
| 1. Introduction..... | 7 |
| 2. Objectifs, hypothèses et cadre d'analyse | 10 |
| 3. Matériel et méthode | 12 |
| 3.1. La construction des typologies spatiales..... | 12 |
| 3.1.1. Matériel | 12 |
| 3.1.2. Méthode | 14 |
| 3.2. Analyse de l'évolution des densités de médecins généralistes dans les espaces cas et témoins | 16 |
| 3.2.1. Matériel | 16 |
| 3.2.2. L'analyse de l'évolution de la démographie médicale dans les zones avec maisons de santé comparativement aux zones sans maisons de santé..... | 18 |
| 4. Résultats | 19 |
| 4.1. Les typologies socio-sanitaires des espaces français | 19 |
| 4.1.1. Les analyses en composante principale | 19 |
| 4.1.2. Les classifications ascendantes hiérarchiques | 19 |
| 4.2. L'implantation des maisons de santé dans les espaces définis par les typologies socio-sanitaires | 26 |
| 4.3. L'implantation des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR dans les espaces définis par les typologies socio-sanitaires..... | 28 |
| 4.4. L'impact des maisons de santé sur la densité des médecins généralistes.... | 28 |
| 4.4.1. Évolution de la densité de médecins généralistes avant/après la mise en place des maisons de santé et analyse de la dynamique d'évolution dans les bassins de vie à dominante rurale..... | 29 |
| 4.4.2. Évolution de la densité de médecins généralistes avant/après la mise en place des maisons de santé et analyse de la dynamique d'évolution dans les pseudo- cantons des espaces à dominante urbaine..... | 31 |
| 5. Conclusion..... | 33 |
| Les apports de cette étude | 33 |
| Discussions..... | 34 |
| Perspectives de recherche | 36 |
| 6. Bibliographie | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 7. Annexes | 42 |
| 7.1. Tableau des indicateurs mobilisés pour les typologies socio-sanitaires | 42 |
| 7.2. Les six classes de la typologie des bassins de vie à dominante rurale..... | 43 |
| 7.3. Les sept classes de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine | 47 |

Remerciements

Nous tenons à remercier Marine Gey, Isabelle Manzi et Yasmine Sammour de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de nous avoir transmis les données relatives aux maisons de santé recensées par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins.

Nous tenons également à remercier le CépiDC-Inserm pour avoir traité et exploité les données concernant l'état de santé des populations, et Véronique Bories-Maskulova de la Cnamts pour les données du Sniiram sur les médecins généralistes.

Nous remercions Magali Coldefy, Anne Evans et Anna Marek pour leur lecture approfondie et leurs commentaires constructifs, ainsi que Franck-Séverin Clérembault pour la mise en page de ce document.

Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France

Guillaume Chevillard^{1,2,3}, Julien Mousquès^{1,3}, Véronique Lucas-Gabrielli¹,
Yann Bourgueil^{1,3}, Stéphane Rican², Gérard Salem²

RÉSUMÉ : Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Deux typologies ont été réalisées, qui distinguent les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale, permettant une analyse spécifique de ceux-ci. Ces typologies décrivent les espaces d'implantation des maisons et pôles de santé selon les caractéristiques de la population, de l'offre de soins et de la structure spatiale de ceux-ci. Ces typologies permettent, dans un second temps, d'analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces, selon qu'ils abritent ou non des maisons et pôles de santé. Les premiers résultats montrent que ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes.

CODES JEL : I120, I 140.

MOTS CLÉS : démographie médicale, expérimentation des nouveaux modes de rémunération, évaluation de politiques publiques, géographie de la santé, maisons et pôles de santé, offre de soins de premiers recours, organisation des soins.

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France.

² Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïque, UMR Lavue 7218 CNRS.

³ Prospere.

Maisons and pôles de santé : places and impacts in territorial dynamics of health care delivery in France

Guillaume Chevillard^{1,2,3}, Julien Mousquès^{1,3}, Véronique Lucas-Gabrielli¹,
Yann Bourgueil^{1,3}, Stéphane Rican², Gérard Salem²

ABSTRACT: In France, for about ten years, the government is encouraging the development of multi-disciplinary group practice in primary care, particularly with the structures *maisons de santé* and *pôles de santé* (health centers). These organizations are primarily intended to maintain or enhance the provision of care in fragile areas. This study describes the areas in which are located the *maisons* and *pôles de santé*, and analyzes the evolution of density of GPs in these areas. Two typologies were established, that distinguish the predominantly urban areas and the predominantly rural, allowing a specific analysis of the last-mentioned. These typologies describe the areas of implementation of the *maisons* and *pôles de santé*, according to the characteristics of their population, healthcare supply and spatial structure. In a second step, the typologies permit analyzing the evolution of density of GPs in these areas, depending on whether they include or not *maisons* and *pôles de santé*. Preliminary results show that these structures are mainly located in predominantly rural areas, more vulnerable in terms of health care supply, suggesting a logic of implementation that meets the objective of maintaining care supply where healthcare needs are important. There is a smaller decrease in the density of GPs between 2008 and 2011 in these areas, compared to the same type of areas which do not include *maisons* and *pôles de santé*. In predominantly urban areas, in which these structures are less present, the logic of implementation also suggests a sense of balancing of primary care supply, in favour of underresourced periurban areas. In addition, there is a more favorable evolution of the density of GPs.

JEL CODES: I120, I 140.

KEYWORDS: medical demography, testing new methods of remuneration (ENMR), evaluation of public policies, health geography, *maisons* and *pôles de santé*, healthcare organization.

¹ Institute for Research and Information in Health Economics, Paris, France.

² Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïque, UMR Lavue 7218 CNRS.

³ Prospere.

1. Introduction

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance des systèmes de soins et de santé (OMS, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011). Les soins primaires, appelés en France « soins de premiers recours » ou « de proximité », constituent un maillon essentiel de cette accessibilité. Les soins primaires répondent à des missions d'accessibilité, de continuité, de globalité, de coordination des soins, d'orientation dans le système de soins et sont dispensés par des professionnels de santé comme les médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes (OMS, 2008). Dans un contexte de demande croissante, notamment liée au développement des maladies chroniques, les politiques de santé investissent à nouveau le champ des soins primaires perçus comme des leviers d'amélioration des performances sanitaires, tout en permettant de maîtriser les coûts (Atun, 2004 ; Pison, 2005 ; Hofmacher, 2007 ; Macinko *et al.*, 2009 ; WHO, 2010).

Le système de soins de premiers recours français est caractérisé par une offre de soins abondante et historiquement inégalement répartie. Cette situation est la conséquence d'une croissance régulière du nombre de professionnels de santé jusqu'au début du XXI^e siècle, mais aussi de principes d'organisation qui, dans l'esprit de la charte de la médecine libérale de 1927, promouvaient le libre choix d'installation du médecin et le libre choix du patient (Hatzfeld, 1963 ; Hcaam, 2007 ; Attal-Toubert, 2009) ; elle est la conséquence, enfin, d'une régulation principalement quantitative de l'offre de soins. Toutefois, depuis plusieurs années, les soins de premiers recours sont soumis à des évolutions réglementaires, démographiques et sociologiques.

D'un point de vue réglementaire, la réforme du médecin traitant instaure en 2004 le principe de l'inscription des patients auprès d'un médecin généraliste qui les oriente selon leurs besoins, au-delà de leurs seules demandes (Dourgnon et Naiditch, 2010). Cette loi prévoyait également le développement d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Plus récemment, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a défini les fonctions¹ et les acteurs des soins de premiers recours, dont celle de « médecin généraliste de premier recours », renforçant ainsi son statut. Cette loi a également instauré les Agences régionales de santé (ARS) dont une des missions est de définir des zones fragiles de premiers recours dans la partie ambulatoire des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) afin d'améliorer un accès de proximité aux soins de premier recours. Cette question est par ailleurs devenue un enjeu majeur pour les élus locaux, comme en témoignent plusieurs rapports parlementaires et d'associations d'élus (Association des maires de France, Association des petites villes de France). En effet, nous le verrons, la diminution annoncée du nombre de médecins a conduit les autorités à développer de nombreuses mesures d'ordre général, régional et local, visant à maintenir et/ou faciliter l'installation des médecins généralistes sur le territoire.

Les évolutions quantitatives de l'offre de médecins sont conditionnées en France par le *numerus clausus*, instauré en 1971, qui limite le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales. Il s'agit du principal levier pour réguler l'offre de médecins en

¹ Les fonctions des soins de premiers recours sont : la prévention, le dépistage et la promotion de la santé ; le diagnostic, le traitement et le suivi des pathologies aiguës comme chroniques ; la continuité, la permanence et la coordination des soins.

France, et sa valeur a régulièrement oscillé depuis sa création pour augmenter de nouveau au début des années 2000 et atteindre 8 000 places par an en 2012. Les projections réalisées à la fin du XXe siècle (Choussat, 1997 ; Vilain *et al.*, 2000), régulièrement mises à jour par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Attal-Kroubert, 2009) ou l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Ondps, 2005), anticipaient par ailleurs une baisse prononcée et durable du nombre et de la densité des médecins, jusqu'à l'horizon 2020. Celle-ci serait très certainement suivie d'un « effet rebond » et le nombre de médecins augmenterait ensuite. La baisse des effectifs, couplée à l'augmentation de la population, fait craindre, sur la période concernée, un renforcement des inégalités territoriales d'offre de soins, souvent anciennes, pouvant conduire à l'extension des zones sous-dotées, voire non dotées, et souvent qualifiées de « déserts médicaux » (Berland, 2005 ; Bernier, 2008 ; Vigneron, 2011).

Ces inégalités géographiques, largement documentées, mettent en évidence des disparités à la fois inter et intra-régionales. Ainsi, 10 % des variations de la distribution géographique des médecins généralistes libéraux peuvent être attribués à des variations régionales, tandis que 90 % des disparités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région (Barlet, Collin, 2010). Des oppositions entre milieux urbain et rural, centre et périphérie des agglomérations, apparaissent (Rican *et al.*, 1999 ; Couffinhal *et al.*, 2002 ; Billaut *et al.*, 2006) et se renforcent. On observe également, plus récemment, une « métropolisation » de l'offre de soins aux dépens des petites et moyennes villes (Vigneron, 2011). Ces disparités rejaillissent sur l'accessibilité aux soins des communes rurales isolées et de celles situées en périphérie des pôles pour lesquelles l'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste est la moins bonne (Barlet *et al.*, 2012).

De plus, des changements sociologiques concernant les choix organisationnels et les comportements d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux ont plutôt tendance à renforcer les inégalités constatées. Un attrait moindre pour l'exercice libéral, des aspirations à une durée hebdomadaire de travail réduite, le rôle du cadre de vie dans les choix d'implantation (Langlois, 2001 ; Aulagnier *et al.*, 2007 ; ISNAR-IMG, 2011) favorisent l'installation des médecins généralistes dans les grandes agglomérations (Barlet, Collin, 2010).

La question centrale en matière d'accès aux soins n'est donc pas seulement celle du nombre de médecins mais bien celle de leur répartition sur le territoire national. Ainsi, devant les insuffisances d'une politique principalement fondée sur la croissance globale et régionalisée des médecins, plusieurs mesures ont été mises en œuvre en France (Bourgueil *et al.*, 2006 ; Johannet, 2009) comme dans d'autres pays (Zurn *et al.*, 2004 ; Dussault *et al.*, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011).

La régulation de la ressource humaine en santé peut s'appuyer sur des mesures intervenant à différents moments du parcours professionnel : formation initiale, installation, exercice. Elles peuvent être de nature quantitative ou qualitative, incitative ou coercitive (Barrer, Stoddart, 1999 ; Bilodeau *et al.*, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011 ; Scott et Jan, 2011). Ces mesures reposent sur la prise en compte des préférences des médecins quant au choix de leur lieu d'exercice. Les premières motivations des médecins sont d'abord personnelles (cadre de vie, possibilité de travail pour le conjoint, bonnes conditions pour l'éducation des enfants) puis professionnelles (absence d'isolement, charge de travail maîtrisée) et enfin financières.

Bien que ces priorités soient connues, les mesures incitatives financières ont été initialement privilégiées par les pouvoirs publics. Ainsi, l'avenant 20 à la convention médicale de 2005 a offert la possibilité aux médecins exerçant au moins à deux dans les zones identifiées comme déficitaires par les missions régionales de santé, d'avoir une majoration de 20 % de leurs honoraires. S'ajoutent à ce mécanisme conventionnel plusieurs mesures visant les zones prioritaires d'aménagement du territoire sous la forme d'aides financières diverses (primes à l'installation ou forfaitaire, exonération de charges fiscales et sociales dans les zones de revitalisation rurale (Bontron, 2012) ; exonération de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle dans les quartiers cibles de la politique de la ville) ou d'aides matérielles qui peuvent émaner des collectivités, notamment la mise à disposition d'un logement ou de locaux. Plus récemment, 200 postes de praticiens territoriaux ont été proposés par le ministère de la santé. Ils garantissent des revenus minimum pendant deux ans en échange d'une installation dans les zones en voie de démedicalisation.

Cependant, la littérature relève une influence faible des mesures incitatives financières en France, ainsi qu'un manque de visibilité pour les professionnels, mais aussi un manque de suivi ou d'évaluation publique globale (Bourgueil *et al.*, 2007). L'avenant 20, lui, a fait l'objet d'une évaluation plutôt défavorable, étant considéré par la Cour des comptes comme une « mesure coûteuse » et peu efficace.

Plusieurs études ont montré une tendance au regroupement de l'exercice en médecine générale. Alors que 43 % des médecins généralistes déclaraient exercer en groupe en 1998, 54 % déclarent cette forme d'exercice en 2009 (Baudier *et al.*, 2010). Ce pourcentage est plus élevé parmi les médecins de moins de 40 ans (77 %). L'exercice en groupe de la médecine générale permet de répondre aux attentes des jeunes médecins : le partage des tâches et des charges, les possibilités de remplacement sont autant de motivations au regroupement dans un cadre d'exercice encore principalement libéral (Audric, 2004 ; Bourgueil *et al.*, 2009a ; Beauté *et al.*, 2007 ; Aulagnier *et al.*, 2007). Parallèlement au processus de regroupement « spontané » des médecins, principalement monodisciplinaire et de petite taille (2 à 3 médecins généralistes), le regroupement pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales et paramédicales) s'est développé. Il reste cependant peu fréquent, concernant seulement 14,3 % des généralistes libéraux (Gautier, 2011). Il a progressivement été conceptualisé au travers des maisons de santé pluridisciplinaires puis pluriprofessionnelles, et est devenu l'objet d'une politique publique visant à maintenir, voire construire une offre de soins de premiers recours rénovée (Bourgueil *et al.*, 2009 ; Mousquès, 2011).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) composées de professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens) ont une activité de soins de premiers recours sans hébergement. Elles peuvent associer des consultations de spécialistes et participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Souvent issues d'initiatives locales associant des élus locaux et des professionnels de santé, les maisons de santé se distinguent des cabinets de groupes traditionnels par leur caractère pluriprofessionnel, la formalisation d'un projet de santé visant à répondre aux besoins de santé de la population, et la dotation d'une personnalité morale. À côté du modèle d'intégration sur un seul site que sont les maisons de santé, les pôles de santé se sont développés, associant des professionnels installés sur des lieux distincts mais partageant des objectifs et des services communs. À l'issue des Etats généraux de l'organisation de la santé de 2008, les maisons et les pôles

de santé ont été intégrés dans la même politique publique (Bernier, 2008 ; Juilhard *et al.*, 2010 ; DGOS, 2012 ; Maurey, 2013). Ces structures ont progressivement été dotées d'une base légale et ont fait l'objet de mesures diverses de financement émanant de sources et d'acteurs multiples tels que l'Union européenne, l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales. Ces fonds sont alloués notamment sous la forme d'aides à l'ingénierie ou à l'accompagnement de projets, à l'investissement, mais également plus récemment au fonctionnement dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Parés de multiples qualités, les maisons et pôles de santé sont considérés comme un moyen possible de maintenir une offre de soins de premiers recours, notamment de médecine générale, dans les zones fragiles. Des financements peuvent d'ailleurs être alloués à condition que les projets répondent au cahier des charges national des maisons de santé pluriprofessionnelles. Celui-ci a été défini par la DGOS en 2010 et exige que les projets s'inscrivent dans des zones fragiles en offre de soins et que le projet de santé soit validé par l'ARS. Aujourd'hui, les maisons et pôles de santé connaissent un véritable essor : l'Observatoire des maisons de santé de la DGOS en dénombrait 291 en janvier 2013, contre moins de 30 en 2008 (Fiqs, 2008). Cette dynamique devrait perdurer au vu des nombreux projets recensés (environ 300).

L'engouement pour ces structures ne doit pas laisser de côté la question de la pertinence de leur localisation géographique. Ainsi, les maisons et pôles de santé, censés apporter des réponses dans les espaces où l'offre de soins est déficitaire ou fragile (vieillissante, en diminution depuis quelques années), peuvent participer par leur implantation à des dynamiques territoriales de l'offre de soins de premiers recours. Celles-ci peuvent être positives, favorisant l'amélioration ou le maintien de l'offre localement, ou négatives, se traduisant par des maisons de santé vides (Juilhard *et al.*, 2010) ou par une polarisation de l'offre au détriment des espaces environnants (Maurey, 2013). La répartition géographique des maisons et pôles de santé peut donc être questionnée de deux manières. D'une part, au travers de la pertinence géographique du lieu d'implantation, au regard des caractéristiques de l'offre de soins, des besoins de soins de la population et de la situation du territoire. D'autre part, au travers des dynamiques engendrées sur l'offre de soins locale. Ces structures de soins constituent ainsi un objet d'étude pertinent dans l'analyse des dynamiques territoriales de l'offre de soins de premiers recours.

2. Objectifs, hypothèses et cadre d'analyse

En France, hormis quelques travaux monographiques ou articles questionnant la place des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels au sein du système de santé (Bourgueil *et al.*, 2009 ; Santé Publique, 2009 ; De Haas, 2010 ; Depinoy, 2011), peu d'évaluations ont porté sur ces structures. Aucune étude n'a à ce jour été menée sur la répartition géographique des maisons et pôles de santé et leur lien avec les caractéristiques socio-territoriales des espaces concernés. Les conséquences, positives ou négatives, en termes d'évolution de la démographie médicale consécutive à la mise en place de ces structures, n'ont par ailleurs pas été mesurées de manière générale. Aussi chercherons-nous à répondre à deux questions : ces structures sont-elles implantées dans des zones où l'offre des soins est fragile et les besoins importants ? Localement, le développement de ces

structures a-t-il eu un effet sur la densité en professionnels de santé et les répercussions sont-elles les mêmes partout ou sont-elles dépendantes des conditions d'implantation ?

Le cadre d'analyse repose, dans un premier temps, sur l'élaboration de typologies des espaces français métropolitains permettant de caractériser les situations socio-territoriales dans lesquelles sont situées les maisons de santé. Cette analyse est menée sur le territoire français métropolitain, les DOM n'étant pas étudiés faute d'indicateurs suffisamment disponibles. L'approche distingue les espaces à dominante rurale et les espaces à dominante urbaine afin de mieux les analyser. L'évolution de la densité de médecins généralistes est ensuite comparée selon les différentes catégories d'espace issues des typologies, pour répondre à notre deuxième questionnement.

Les typologies spatiales permettent en effet de définir des classes contenant des zones ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables sélectionnées pour l'analyse, et sont ainsi mobilisées par les géographes pour caractériser de manière synthétique différents espaces. Plusieurs études utilisent les typologies pour étudier, par exemple, l'offre de premiers recours (Ondps, 2005), l'offre de psychiatrie (Coldefy *et al.*, 2010) ou les caractéristiques socio-sanitaires (Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998; Fnors 2006 ; 2011) au sein de différents espaces.

Les typologies élaborées dans le cadre de cette analyse s'appuient sur plusieurs dimensions. Elles permettent de rechercher des associations entre les structures socio-économiques, démographiques et sanitaires de la population, la structure de l'offre de soins de premiers recours et la structure spatiale des territoires selon leur dominante urbaine, rurale ou périurbaine, et selon l'éloignement aux services. Le choix de ces dimensions et des indicateurs composant la typologie nous permettent de tester l'hypothèse selon laquelle les maisons de santé sont implantées dans certains types d'espaces, plus fragiles en termes d'offre de soins, de besoins de soins et de situation géographique.

Dans un second temps, le cadre d'analyse retenu s'inspire des modèles d'évaluation des politiques publiques (Brodaty *et al.*, 2007 ; Fougère, 2010 ; Van der Linden, 2011) et de leurs déclinaisons à l'évaluation des territoires (Haas, Vigneron, 2010). Il consiste en une analyse cas-témoins, comparant les espaces (ou individus) ayant bénéficié d'une politique (ou d'un dispositif) - les cas -, à ceux qui n'en ont pas bénéficié - les témoins. Ici, le dispositif étudié est la présence de maisons de santé. Nous analysons la différence de densité de médecins généralistes avant et après la mise en place de maisons de santé, pour le groupe des cas et pour celui des témoins. Nous calculons ensuite la différence entre cas et témoins, c'est-à-dire la « double différence ». Ce cadre méthodologique nous permet de tester l'hypothèse selon laquelle ces modes d'exercice conduisent à améliorer l'offre de généralistes dans les espaces concernés.

Deux contraintes méthodologiques, inhérentes à ce type d'approche, doivent être contournées (Fougère, 2010).

La première tient à ce que les associations mises en évidence ne peuvent se traduire comme des liens de cause à effet. Pour un même espace et à un moment donné dans le temps, on ne peut observer qu'une situation sur les deux, avoir ou ne pas avoir de maisons de santé implantées sur le territoire. Cette contrainte est contournée en comparant la situation observée pour nos « cas » (ou groupe traitement), des espaces dans lesquels sont implantées des maisons de santé, à des « témoins » (ou contrôle), des espaces sans maisons de santé (Rubin, 1974).

Une seconde difficulté tient à ce qu'il est a priori délicat de dissocier ce qui tient des différences préexistantes, consécutives de processus de sélection (par exemple certains espaces attirant tels types de site), de l'impact de l'implantation de maison ou pôle de santé. Cette contrainte est contournée, d'une part, en constituant des témoins comparables par l'intermédiaire des typologies des espaces, et, d'autre part, en mobilisant une méthode d'analyse des différences sur les dimensions de résultat en après contrôlées de celles de l'avant.

3. Matériel et méthode

3.1. La construction des typologies spatiales

3.1.1. Matériel

La qualification de la répartition géographique des maisons de santé recensées est réalisée sur la base de plusieurs dimensions déjà évoquées : les caractéristiques populationnelles, l'offre de soins et la structure spatiale de l'espace.

Concernant l'offre de soins, les indicateurs relatifs à la quantité de professionnels de santé de premiers recours comme la densité, l'évolution des effectifs, la distance ou l'accessibilité potentielle localisée (FNORS, 2006 ; 2010 ; Ondps, 2005 ; Amat-Roze, 2011 ; Barlet *et al.*, 2012) sont fréquemment utilisés. D'autre part, des indicateurs qualitatifs peuvent également être pris en compte comme l'activité ou l'âge des praticiens (Ondps, 2005 ; Datar, 2009) pour affiner la qualification de l'offre.

Nous avons mobilisé de façon active :

- pour le premier recours : l'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste en 2010, les densités de médecins généralistes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, libéraux, et de pharmacies en 2008. La structure par âge des médecins généralistes libéraux, l'évolution du nombre de médecins généralistes libéraux sur la période 2004-2011 ont aussi été pris en compte afin de caractériser le niveau de fragilité de l'offre locale, celle-ci étant d'autant plus fragile que les médecins sont âgés et que l'offre peine à se renouveler. Ces données proviennent du Sniiram, de l'Irdes et de la base permanente des équipements (BPE), ainsi que de l'Insee pour les dénominateurs populationnels.
- de plus, la caractérisation de l'offre de soins avec l'APL a subi un traitement différencié selon la dominante urbaine ou rurale de l'espace. L'APL a été utilisée de manière illustrative pour la typologie de l'espace à dominante rurale, où elle s'avère moins pertinente, une fois agrégée, du fait de l'étendue des bassins de vie.

Des indicateurs ont été ensuite mobilisés à titre illustratif :

- pour le second recours, les densités de spécialistes ont été calculées pour deux catégories de praticiens : les spécialistes que l'on peut voir en accès direct, (gynécologue, obstétriciens médicaux, psychiatres, pédiatres, ophtalmologues, radiologues, sages-femmes) et les autres (cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, otorhinolaryngologistes, pneumologues). Ces données proviennent de la base permanente des équipements (BPE).

- pour les établissements de santé : la densité de lits en médecine chirurgie et obstétrique (MCO), et en psychiatrie. Ces données proviennent de l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
- pour le médico-social : la densité de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces données proviennent de la BPE.

Dans l'appréhension des besoins de soins, de manière écologique, des indicateurs concernant la description socio-économique et démographique des espaces ont été mobilisés. Ainsi, la répartition de la population par catégories socioprofessionnelles (CSP) permet de distinguer les espaces selon le profil social des résidents. On sait que les recours et les besoins de soins diffèrent selon les groupes sociaux (Rey, 2009). La structure par âge de la population permet également d'affiner la prise en compte des besoins de soins, à partir des consommations de soins connues selon l'âge (Barlet *et al.*, 2012). Des indicateurs de fragilité sociale comme la part de chômeurs, le niveau de revenu, le niveau d'éducation, les personnes fragiles (personnes âgées vivant seules, familles monoparentales) peuvent aussi être un moyen de faire ressortir des populations dont les besoins de soins sont potentiellement élevés (Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998; Fnors, 2006 ; Allonier *et al.*, 2009 ; Rey, 2009). Enfin, des indicateurs relatifs à l'état de santé, au travers de l'espérance de vie, la mortalité prématurée, la mortalité évitable liée au système de soins constituent des marqueurs de besoins sanitaires différenciés.

Les indicateurs mobilisés de façon active dans la typologie pour l'analyse des caractéristiques de la population sont :

- démographiques : la structure par âge (selon les tranches : 0-5 ans / 5-15 ans / 15-25 ans...), le taux de croissance annuel moyen sur la période 1999-2009. Ces données proviennent de l'Insee.
- d'état de santé : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité prématurée (avant 65 ans) sur la période 2004-2008, la mortalité évitable liée au système de soins. Ces données proviennent du CépiDC (Inserm) et ont fait l'objet d'un traitement par l'équipe « Santé et territoires » du laboratoire Mosaïque.
- socio-économiques : la répartition de la population selon les catégories socioprofessionnelles, le taux de chômage, le revenu médian par ménage, le niveau d'éducation (Bac), les parts de propriétaires, de familles monoparentales, de personnes âgées vivant seules, de ménages sans voiture. Ces données proviennent de l'Insee.

La structuration spatiale de l'espace est documentée de façon active à travers la distance aux pôles de services supérieurs², puis de façon illustrative selon la distance aux pôles de services de proximité et intermédiaires, puis la part de la population dans les différentes catégories d'espace selon le Zonage en aire urbaine de 2010 (ZAU) élaboré par l'Insee. Ces dimensions nous permettent de qualifier la situation géographique du territoire (éloignement ou proximité des pôles de services) qui peut être un reflet de l'attractivité territoriale (Delga et Morel-à-L'Huissier, 2013), mais aussi le type d'espace selon sa dominante urbaine, périurbaine ou rurale en tenant compte de la part de population vivant dans ces espaces.

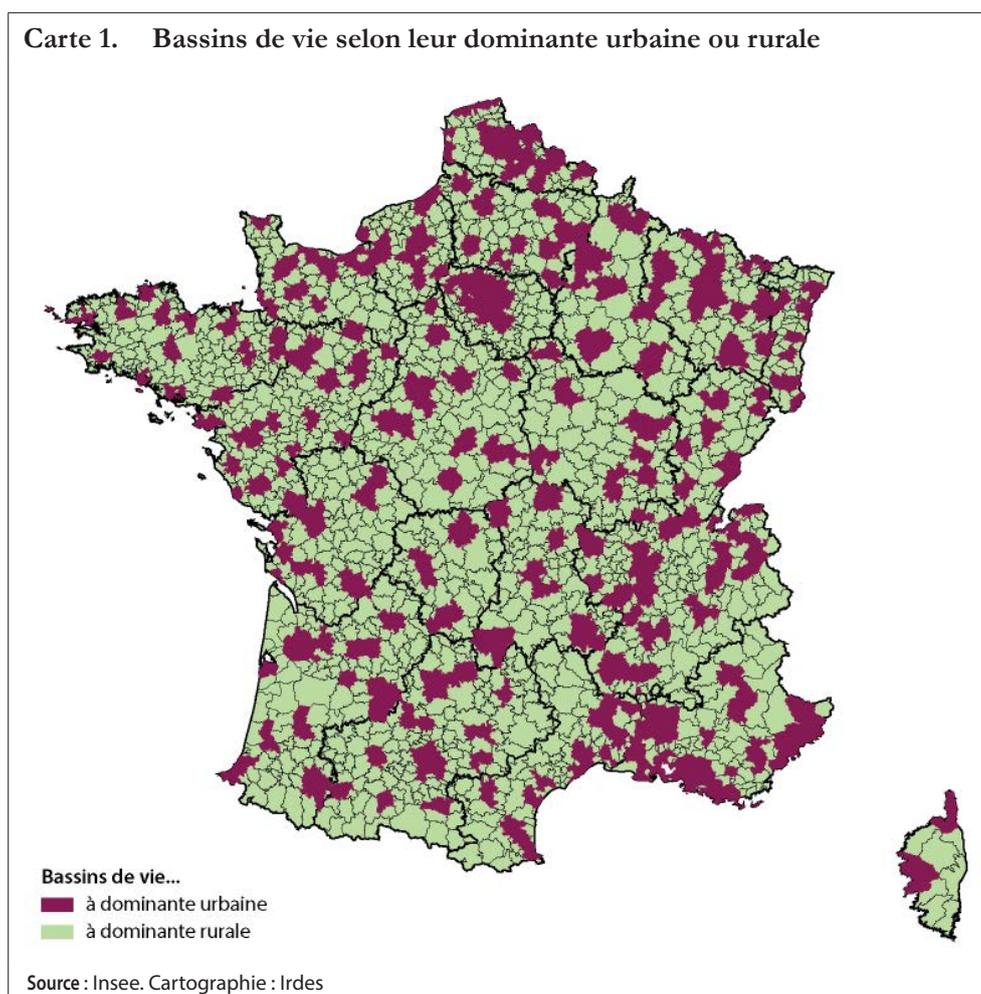
² L'Insee répartit les équipements selon sept grands domaines (Brutel, 2012) : les services aux particuliers, le commerce, l'enseignement, la santé, le médico-social et le social, le transport, le sport, le loisir et la culture et, enfin, le tourisme. Ensuite ces équipements sont répartis en trois gammes : les **équipements de proximité**, ceux **intermédiaires** et les équipements **supérieurs**. Les équipements de la gamme supérieure sont par exemple les lycées, les hypermarchés, les cinémas, les spécialistes médicaux, ou encore les maternités.

3.1.2. Méthode

Les définitions des espaces urbains et ruraux sont plurielles et souvent statistiques, et reposent en général sur les oppositions entre ces espaces (seuil d'habitants, densité de population, part d'actifs, activité, fonctions administratives) [Thomsin, 2001 ; Talandier, 2007]. Une typologie unique aurait davantage distingué les espaces selon leurs caractéristiques urbaines ou rurales, et nous aurait fait perdre un niveau d'analyse, pénalisant l'un ou l'autre de ces espaces selon le choix. Nous avons donc pris le parti de traiter séparément ces deux espaces, et de réaliser ainsi deux typologies : une pour les espaces à dominante urbaine et une pour ceux à dominante rurale. De fait, la question du niveau géographique adéquat pour analyser l'offre de soins de premiers recours demeure centrale : ce niveau doit tenir compte d'un certain niveau de proximité afin de décrire l'environnement dans lequel sont implantées les structures, mais il doit aussi prendre en compte les spécificités de l'espace urbain et de l'espace rural.

Le zonage en aire urbaine (ZAU) de l'Insee distingue les grands pôles urbains (plus de 10 000 emplois), moyens pôles urbains (entre 5 000 et 10 000 emplois) et petits pôles urbains (entre 1 500 et 5 000 emplois), les espaces sous leurs influences qui ont plus de 40 % de leurs actifs résidents se rendant dans le pôle (couronne périurbaine et communes multipolarisées), et les espaces isolés hors influences des pôles. Pour distinguer

Carte 1. Bassins de vie selon leur dominante urbaine ou rurale



les espaces à dominante urbaine et rurale, nous nous sommes inspirés de la méthodologie de la nouvelle typologie des campagnes françaises élaborée par la Datar (Hilal, 2012). Les espaces à dominante urbaine sont constitués, dans cette typologie, des grands pôles urbains. Dans notre étude, nous définissons les espaces à dominante urbaine comme les bassins de vie dont le centre polarisant est un grand pôle urbain, le reste des bassins de vie est considéré comme à dominante rurale (carte 1). Nous distinguons ainsi 230 bassins de vie à dominante urbaine, regroupant les deux tiers de la population métropolitaine et 1 414 bassins de vie à dominante rurale regroupant un tiers de la population (carte 1).

Concernant l'espace à dominante rurale, le bassin de vie semble être le territoire le plus adapté pour analyser l'offre de soins de premiers recours. Il s'agit du « plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et services les plus courants » (Brutel, 2012). On dénombre 1 644 bassins de vie en France métropolitaine. Ces bassins de vie, définis en 2012, remplacent ceux de 2003 dont la définition prenait en compte les pratiques spatiales des populations au travers des services fréquentés et les trajets domicile-emploi. Les nouveaux bassins de vie perdent ces dimensions de pratiques spatiales pour une définition reposant sur l'accessibilité en temps aux services les plus proches. Leur pertinence comme cadre d'analyse de l'espace rural demeure puisque la nature des équipements retenus, le niveau intermédiaire, est la même, et que ceux-ci sont particulièrement adaptés à l'étude de la structuration et de la desserte du milieu rural (Julien, 2007). De plus, les bassins de vie ont l'avantage de reposer sur une définition objective, qui en fait des unités spatiales « comparables » sur l'ensemble du territoire. Cependant, les bassins de vie ne sont pas a priori conçus pour un milieu urbain dense (Julien, 2007), ce qui nous oblige à changer de maille pour son analyse.

Afin de décrire l'environnement de la structure dans un milieu urbain, nous souhaitons disposer d'un niveau d'étude plus fin que le bassin de vie et disponible pour l'ensemble des espaces que nous qualifions « à dominante urbaine ». Le choix s'est ainsi porté sur les pseudo-cantons. Les bassins de vie à dominante urbaine ainsi identifiés sont ensuite redécoupés pour être analysés à l'échelle des 2 189 pseudo-cantons concernés. Le pseudo-canton est « un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton » (Insee).

Cette méthode permet d'avoir une description plus fine de l'ensemble des bassins à dominante urbaine mais crée, pour certains espaces en marge, un surplus d'information. En effet, bassin de vie et pseudo-cantons ne s'imbriquent pas forcément. Ainsi, des pseudo-cantons appartenant en partie à un bassin de vie d'un grand pôle urbain peuvent être à cheval aussi sur des bassins de vie voisins « à dominante rurale » ou non. Ces espaces-là peuvent donc avoir une information relative au bassin de vie rural sur lequel ils empiètent, ou du pseudo-canton auquel ils appartiennent. Dans ce cas, nous privilégierons donc l'information relative au pseudo-canton.

Pour la réalisation de ces deux typologies, la méthodologie d'analyse statistique combine des analyses en composantes principales (ACP) et des classifications ascendantes

hiérarchiques (CAH). Elles sont mises en œuvre avec le logiciel Spad version 7. L'ACP permet de représenter la proximité des variables sur les premiers plans factoriels, et met en évidence les grandes oppositions entre celles-ci. La CAH permet de partitionner les espaces étudiés en les regroupant en classes. Chaque classe contient des zones ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables ayant participé à l'analyse.

- ***Les analyses en composante principale***

Pour les bassins de vie, nous avons réalisé une analyse sur les 28 variables actives sélectionnées, qui donne le même poids à toutes les variables. De plus, 32 variables ont été introduites de manière illustrative. Concernant les variables actives, 18 sont relatives à la population (état de santé, démographie, niveau socio-économique), 9 concernent l'offre de soins de premiers recours et une la structure spatiale. Nous avons donné plus de poids dans notre typologie aux données populationnelles afin de mieux apprécier les caractéristiques socio-économiques, démographiques et sanitaires des populations dont on a vu qu'elles permettent d'approcher les besoins de soins.

Pour les pseudo-cantons, nous avons réalisé une analyse sur les 29 variables actives sélectionnées, qui donne le même poids à toutes les variables. De plus, 33 variables ont été introduites de manière illustrative. Concernant les variables actives, 18 sont relatives à la population (état de santé, démographie, niveau socio-économique), 10 concernent l'offre de soins de premiers recours et une la structure spatiale.

Certains ajustements de variables ont été opérés permettant de mieux rendre compte des différences entre espaces urbains et ruraux. Par exemple en milieu rural, la part de ménages sans voiture a été prise en compte de manière illustrative, ainsi qu'un indice rendant compte de la concentration des services de proximité. En milieu urbain, l'APL a été prise en compte de manière active, puis les parts de logements sociaux et la densité de population pour affiner la description de la structure spatiale.

L'ensemble des indicateurs selon le type d'espace et sa mobilisation dans l'analyse est récapitulé en annexes.

- ***Les classifications ascendantes hiérarchiques***

La construction des classes est fondée sur les axes factoriels définis par l'ACP de façon à ce que nous conservions 80 % de l'inertie de base. La stratégie d'agrégation utilisée est la méthode de Ward, qui minimise l'inertie intra-classe et maximise l'inertie inter-classe, et nous permet d'obtenir les classes les plus homogènes possibles. La typologie n'a pas été pondérée par la population, afin de ne pas opposer les espaces selon leur poids populationnel, mais davantage selon leur structure spatiale.

3.2. Analyse de l'évolution des densités de médecins généralistes dans les espaces cas et témoins

3.2.1. Matériel

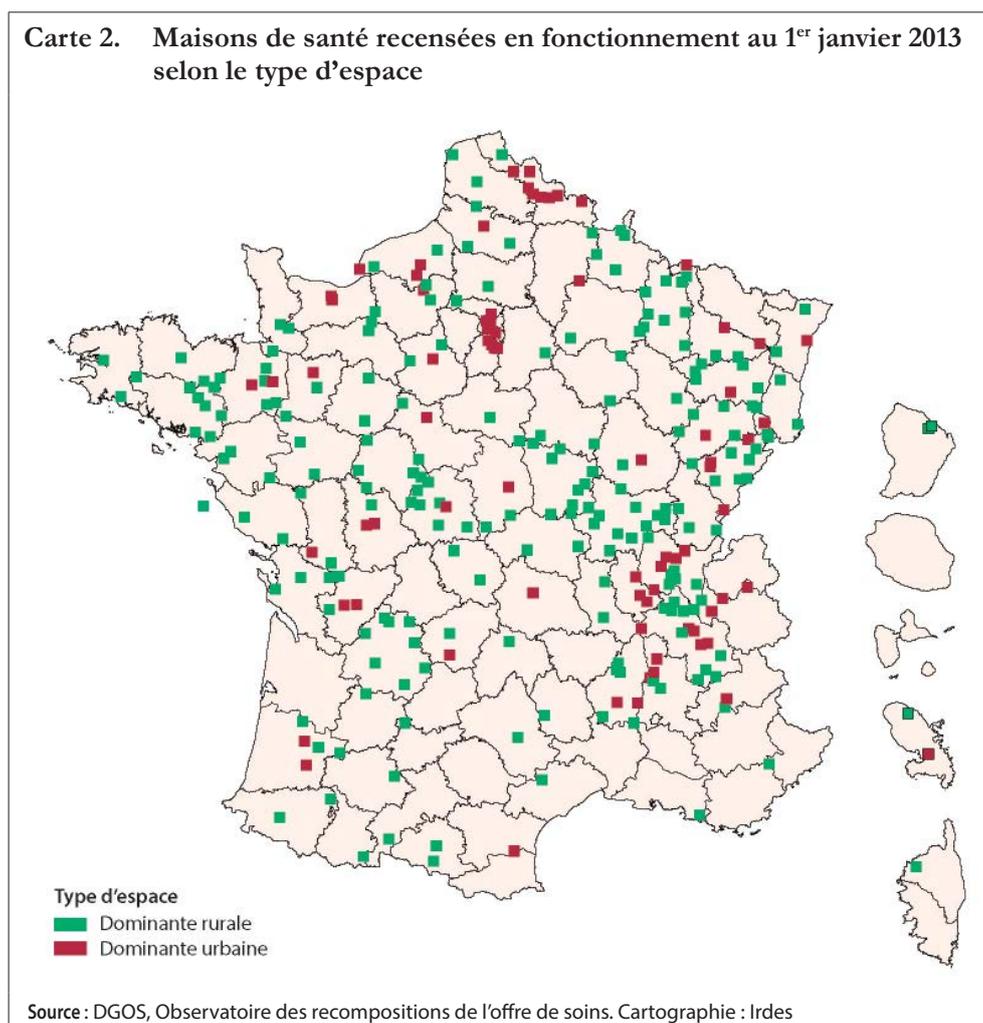
Les données sur les maisons et pôles de santé sont issues de la base de l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins de la DGOS. Elles permettent d'identifier et de localiser à la commune les 291 structures recensées en fonctionnement en janvier 2013,

dont 4 dans les Dom (carte 2). Cette base nous renseigne aussi sur la date d'ouverture de la structure, mais également sur les projets de maisons de santé recensés et leur état d'avancement (étude de faisabilité, pré-projet, projet définitif déposé, projet immobilier). Les données ne nous permettent cependant pas de faire la différence entre les maisons de santé mono-sites et multi-sites (anciennement appelées pôles de santé). Pour cette raison, nous parlerons par la suite uniquement de maisons de santé pour désigner ces deux formes de structures.

Les données sur les médecins généralistes libéraux proviennent du Sniiram, pour les années allant de 2004 à 2011. Une sélection a été opérée afin de retenir les médecins généralistes libéraux hors mode d'exercice particulier, et actifs dans l'année, excluant ainsi ceux qui partaient à la retraite en cours d'année.

Pour la population à laquelle nous rapportons les effectifs de médecins, nous disposons uniquement des données de 2006, 2008 et 2009. Il n'existe pas de date intermédiaire entre 1999 et 2006, eu égard aux méthodes de recensement de l'Insee qui opérait alors un recensement tous les 5 ans. Ainsi, les densités de praticiens que nous calculons utilisent pour 2004 la population de 2006, pour 2008 la population de la même année, et pour 2011 la population de 2009.

Carte 2. Maisons de santé recensées en fonctionnement au 1^{er} janvier 2013 selon le type d'espace



3.2.2. L'analyse de l'évolution de la démographie médicale dans les zones avec maisons de santé comparativement aux zones sans maisons de santé

La méthode de la « différence de différences » ou des « doubles différences » consiste ici à analyser les densités de médecins généralistes libéraux et leurs évolutions sur deux périodes consécutives (2004-2008, 2008-2011), avec comme date charnière l'année 2008. Elle compare des espaces ayant au moins une maison de santé ou un pôle de santé (cas), avec des espaces ayant des « communes équipées » ayant eu au moins un médecin généraliste libéral entre 2004 et 2011 (témoins).

En comparant l'évolution, ici sur deux périodes consécutives (2004-2008, 2008-2011), pour des cas et des témoins, la « différence de différences » permet d'éliminer deux biais (Imbens *et al.*, 2009) : celui, permanent, des différences initiales (sélection), et celui, commun, de la tendance générale dans le système (temporel). On peut formaliser cette démarche de la façon suivante dans une régression linéaire :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{APRES} + \beta_2 \cdot \text{CAS} + \beta_3 \cdot \text{APRES} \cdot \text{CAS} + \varepsilon_i$$

Avec Y_i , la densité ou son évolution, APRES une variable prenant la valeur 0 pour l'avant et 1 pour l'après, CAS une variable prenant la valeur 0 pour les témoins et 1 pour les cas.

Les paramètres ainsi estimés sont présentés de la façon suivante (tableau 1) dans les tableaux de résultats :

Tableau 1. L'analyse de l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les zones avec et sans maisons de santé

| | | 2004-2008 | | | 2008-2011 | | | Différence de différences |
|--------------|--|-----------|---------------------|------------------|---------------------|---|---------------------|---------------------------|
| | | Témoin | Cas | Différence avant | Témoin | Cas | Différence avant | |
| Champ | Densité de médecins généralistes - moyenne | β_0 | $\beta_0 + \beta_2$ | β_2 | $\beta_0 + \beta_1$ | $\beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3$ | $\beta_2 + \beta_3$ | β_3 |

Nous avons choisi l'année 2008 comme date charnière car elle marque l'accélération de la politique de soutien aux maisons et pôles de santé. En effet, en 2008 se sont déroulés les Etats généraux de l'offre de soins (Egos), qui vont préfigurer la loi HPST dans laquelle seront définis législativement les maisons et pôles de santé. De plus, les structures financées par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) voient leur nombre augmenter significativement à partir de 2008 (Fiqcs, 2009), et les maisons et pôles de santé sont fréquemment présentés comme une solution aux problèmes de démographie médicale dès 2007 (Juilhard, 2007) et dans les nombreux rapports, non exhaustifs, sur cette question (Bernier, 2008 ; Juliard *et al.*, 2010 ; Maurey, 2013).

Nous utilisons le même cadre spatial que celui des typologies, à savoir les bassins de vie et les pseudo-cantons, dans lesquels nous analyserons l'évolution de la densité de médecins généralistes. Cette évaluation porte donc sur un échantillon de 10 349 communes équipées de médecins généralistes, que nous regroupons en 1 416 bassins de vie pour l'espace à dominante rurale et 2 189 pseudo-cantons pour l'espace à dominante urbaine.

L'analyse cas-témoin se fait entre espaces similaires tels que définis dans les précédentes typologies en regroupant les classes selon le niveau de densité en médecins généralistes,

afin de constituer des échantillons cas de taille suffisante et homogènes. Elles nous permettent de contrôler pour partie les facteurs contextuels lorsque l'on analyse l'évolution de l'offre dans ces espaces donnés.

Nous analysons successivement les simples (avant-après) puis les doubles différences (cas-témoins) pour les densités de généralistes en 2004 ou 2008 et 2011 pour les cas et les témoins. Ensuite, nous regardons la dynamique de l'évolution de la densité entre 2004 et 2008 comparativement à celle de 2008-2011 pour les cas et les témoins. Cette analyse dynamique a pour but de décomposer l'évolution de l'offre de soins avant et après la date charnière, et de mesurer une éventuelle rupture de pente.

Les analyses sont mises en œuvre avec le logiciel Stata version 10.2, notamment à partir de la commande « diff » récemment développée (Vila, 2012). En outre, certains espaces sont éliminés en raison de sur-dispersion trop importante relativement à nos variables d'intérêts. Au final, notre échantillon d'analyse porte sur 10 349 communes équipées et exploitables, regroupées en respectivement 1 228 bassins de vie témoins et 183 cas, et 1 752 pseudo-cantons et 74 cas.

4. Résultats

4.1. Les typologies socio-sanitaires des espaces français

4.1.1. Les analyses en composante principale

Concernant les bassins de vie à dominante rurale, le premier axe factoriel résume 22 % de la variance, les trois premiers axes 46 % et les 11 premiers, qui nous servent à construire les classes de la typologie, plus de 80 %.

La typologie des bassins de vie est structurée par des oppositions entre espaces favorisés socio-économiquement et des espaces dont l'état de santé est plus dégradé, puis par des oppositions entre espaces bien dotés en offre de soins de premiers recours et des espaces industriels, et enfin par des oppositions entre espaces à dominante agricole et espaces plutôt défavorisés socialement et sanitaire.

Concernant les pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine, le premier axe factoriel résume 22 % de la variance, les trois premiers axes 50 % et les 10 premiers plus de 80 %.

La typologie des pseudo-cantons oppose des espaces favorisés et défavorisés aux plans socio-économiques, puis des espaces périphériques à des espaces centraux, et enfin des espaces bien dotés en offre de premiers recours à des espaces à dominante industrielle.

4.1.2. Les classifications ascendantes hiérarchiques

- **La typologie des bassins de vie à dominante rurale : six classes de bassins de vie**

La classification ascendante hiérarchique réalisée à partir des axes représentant 80 % de l'inertie de base propose une partition en six classes, dont la description détaillée est disponible en annexe, et dont les moyennes des principaux indicateurs sont présentées dans le tableau 1. Ces bassins de vie à dominante rurale regroupent 207 maisons de santé, soit près des trois-quarts.

La classe 1 est composée de bassins de vie à dominante industrielle, moins dotés que la moyenne en offre de soins. Les bassins de vie appartenant à cette classe sont principalement situés dans le quart nord-ouest de la France, dans des régions plutôt à dominante agricole comme les Pays-de-la-Loire, la Bretagne, la Basse-Normandie ou le Centre. Cette classe compte 333 bassins de vie, soit 24 % des bassins de vie métropolitains et 22 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 2 est composée de bassins de vie défavorisés d'un point de vue socio-économique et sanitaire, et dont l'offre de généralistes libéraux est moindre et la densité en baisse. Ces bassins de vie sont majoritairement situés dans le quart nord-est de la France et aussi dans quelques espaces ruraux du centre de la France. Cette classe concerne 264 bassins de vie, soit 19 % des bassins de vie métropolitains et 23 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 3 est composée de bassins de vie de l'espace rural profond, au solde naturel déficitaire, éloignés des services, dont la population est plus âgée et plutôt en moins bonne santé. Ils sont assez bien dotés en offre de premiers recours mais leur offre de généralistes libéraux est vieillissante et en baisse. Ces espaces sont majoritairement représentés le long d'une diagonale traversant la France de la Champagne-Ardenne à Midi-Pyrénées

Tableau 2. Valeurs moyennes des principales variables de la typologie au sein des différentes classes de bassins de vie à dominante rurale

| | Moyenne générale | Moyenne | | | | | |
|---|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | classe 1 | classe 2 | classe 3 | classe 4 | classe 5 | classe 6 |
| Offre de soins | | | | | | | |
| Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (pour 100 000 hab.) | 65,8 | 63,2 | 65,7 | 65,2 | 71,4 | 66,2 | 63,7 |
| Densité de masseurs-kinésithérapeutes (pour 100 000 hab) | 71,1 | 46,7 | 57,4 | 66,7 | 122,9 | 69,5 | 92,7 |
| Densité de pharmacies (pour 100 000 hab) | 36,9 | 33,3 | 36,9 | 48,9 | 45,3 | 29,3 | 30,3 |
| Densité d'infirmiers (pour 100 000 hab) | 138,2 | 100,9 | 112,4 | 170,9 | 233,3 | 119,7 | 122,3 |
| Densités de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 hab) | 85,6 | 74,0 | 79,1 | 95,2 | 111,3 | 80,6 | 83,8 |
| Evolution de la densité de généralistes entre 2004 et 2011 (%) | -1,5 | -3,4 | -6,6 | -8,3 | -1,8 | 7,7 | 5,6 |
| Part de généralistes de plus de 55 ans (%) | 42,1 % | 42,7 | 46,1 | 49,4 | 40,8 | 36,3 | 35,2 |
| Population | | | | | | | |
| Espérance de vie à la naissance (années) | 80,1 | 80,2 | 78,7 | 79,8 | 80,2 | 80,7 | 81,5 |
| Part de bacheliers (%) | 28,8 | 25,1 | 24,7 | 25,5 | 32,4 | 31,9 | 40,7 |
| Part du solde migratoire dans la dynamique démographique (%) | 0,9 | 0,7 | 0,3 | 0,8 | 1,4 | 1,2 | 0,7 |
| Revenus médians des ménages (€) | 21 054,5 | 20 126,9 | 19 565,9 | 17 975,1 | 20 435,8 | 22 634,9 | 30 182,3 |
| Taux de chômage (%) | 9,5 | 8,7 | 11,7 | 9,2 | 12,0 | 7,8 | 7,2 |
| Taux de croissance annuel moyen de population entre 1999 et 2009 (%/an) | 0,9 | 0,8 | 0,3 | 0,2 | 1,3 | 1,7 | 1,2 |
| Taux de mortalité évitable liée au système de soins (pour 100 000 hab) | 77,1 | 73,7 | 91,8 | 78,7 | 76,0 | 71,4 | 66,7 |
| Taux de mortalité prématurée (pour 100 000 hab) | 205,4 | 202,2 | 245,0 | 217,9 | 208,9 | 181,3 | 154,8 |
| Situation géographique | | | | | | | |
| Distance au pôle de service supérieur le plus proche (min) | 23 | 21 | 20 | 29 | 27 | 21 | 17 |

Note de lecture : la typologie n'est pas pondérée par la population. Les moyennes générales présentées correspondent ainsi à des moyennes entre espaces de poids équivalents.

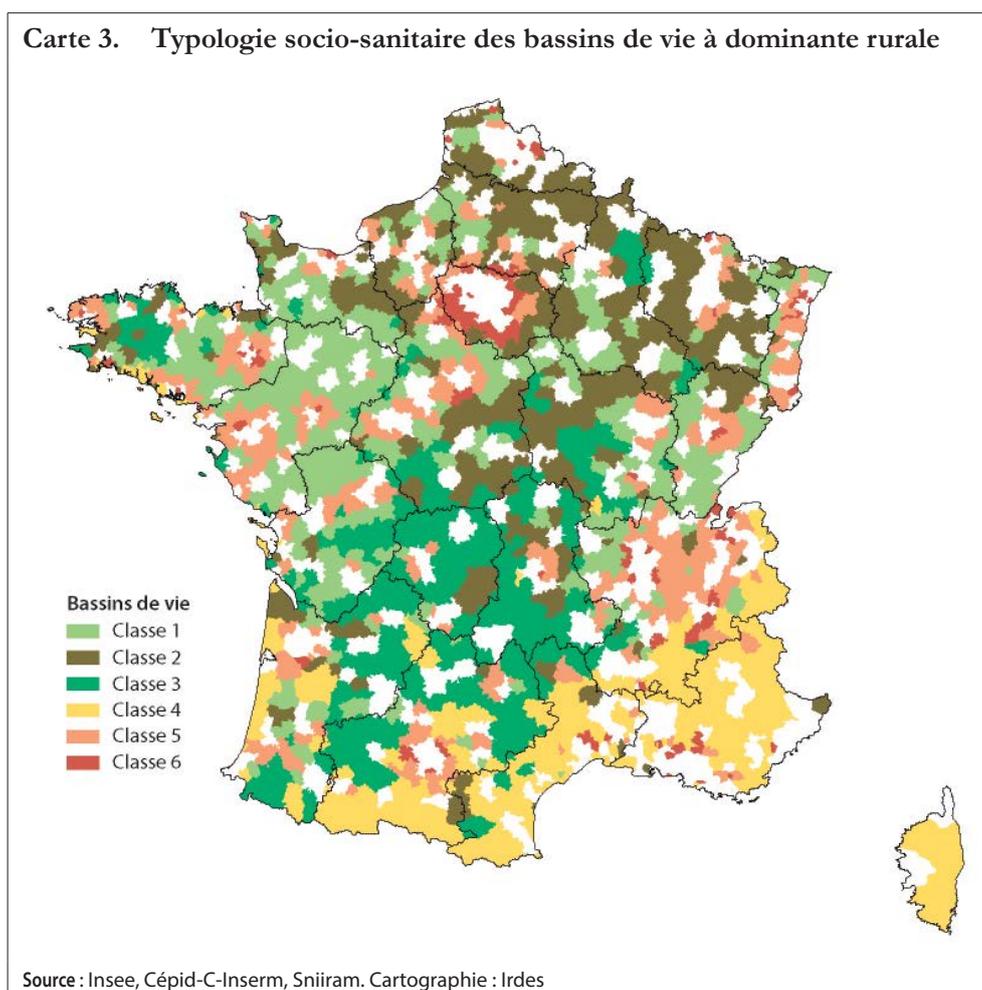
et souvent apparentée à une « diagonale du vide » (Chalard, Dumont, 2006 ; Rieutort, 2008 ; Auphan, 2012). Cette classe rassemble 206 bassins de vie, soit 14 % des bassins de vie métropolitains, mais 10 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 4 est composée de bassins de vie essentiellement du sud de la France ou des littoraux, attractifs pour les populations. Abritant davantage de populations plus fragiles (chômeurs, personnes âgées), ils sont bien dotés en offre de soins de premiers recours, mais plus éloignés des services. Ces bassins sont situés sur le pourtour méditerranéen, les reliefs (Pyrénées et Alpes du Sud), ainsi que sur le littoral Atlantique. Cette classe compte 207 bassins de vie, soit 14 % des bassins de vie métropolitains et 14 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 5 est composée de bassins de vie en périphérie des grandes agglomérations, plutôt aisés, dont la population est plus jeune, attractifs pour les populations et les médecins généralistes, mais moins dotés en offre de soins. Cette classe regroupe 297 bassins de vie, soit 21 % des bassins de vie métropolitains et 23 % de la population de l'espace à dominante rurale.

La classe 6 est composée de bassins de vie en périphérie des plus grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économique et sanitaire, mais légèrement

Carte 3. Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale



moins dotés en offre de soins de premiers recours. Elle compte 109 bassins de vie, soit 8 % des bassins de vie de France métropolitaine, et 8 % de la population de l'espace à dominante rurale.

Cette typologie fait ressortir des structures spatiales qui se superposent en partie avec des structures connues et anciennes. Parmi elles, notamment, la « diagonale du vide », la France industrielle, la France agricole, les littoraux touristiques et attractifs, ou encore des oppositions nord/sud transparaissent (carte 3). Ainsi, parmi les structures spatiales persistantes, la « diagonale du vide » ressort. Espace faiblement peuplé s'étirant des Pyrénées aux Ardennes, elle est qualifiée dans d'autres travaux comme correspondant aux campagnes profondes (Noin, 2009), à l'espace rural vieilli et peu dense (Datar, 2009 ; Hilal 2012), ou encore aux campagnes vieilles et agricoles (Pistres, 2012). Ces structures, décrites différemment mais renvoyant à une réalité proche, se superposent en partie avec la classe 3 de notre typologie qui se caractérise notamment par un certain enclavement, un vieillissement de la population et une moindre attractivité. Les campagnes qualifiées d'industrielles et agricoles (Fnors, 2010 ; Hilal, 2012 ; Pistre, 2012) de la moitié nord de la France ressortent également dans les classes 1 et 2 de la typologie. La différence entre ces deux classes est à mettre au compte de l'état de santé des populations, meilleur pour les régions de l'ouest (classe 1), et plus dégradé dans les régions industrielles du nord et de l'est (classe 2) [Fnors, 2010 ; Rican *et al.*, 2010]. Cette opposition renvoie à une opposition plus ancienne entre une France de l'est industrielle à une France de l'ouest agricole (Noin, 2009 ; Brunet, 2005). Les flux migratoires de ces dernières années permettent de mettre en évidence des espaces plus attractifs. Ainsi, les littoraux méditerranéens et atlantiques, les campagnes du sud de la France, les espaces ruraux littoraux se distinguent par leur attractivité résidentielle et touristique (Datar, 2009 ; Hilal, 2012 ; Pistres, 2012), et ressortent au travers de la classe 4 de notre typologie. En outre, les espaces en périphérie des villes gagnent de la population. Que ce soit les espaces rurbains, dont l'intégration à la ville est avancée (Noin, 1997), ou les campagnes diffuses ou densifiées en périphérie des villes (Hilal, 2012), nous retrouvons ces caractéristiques dans les classes 5 et 6 de notre typologie. Enfin, plus spécifiquement, en étudiant les structures spatiales que l'on connaît de la démographie médicale, on retrouve les oppositions entre nord et sud de la France en termes de densité de généralistes (Vigneron, 2011 ; Sicard, 2013) avec des classes de bassins de vie (classes 3 et 4) plus denses au sud.

- ***La typologie des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine : sept classes de pseudo-cantons***

La classification ascendante hiérarchique réalisée à partir des axes représentant 80 % de l'inertie de base, propose une partition en sept classes. Les bassins de vie des grands pôles urbains tels que définis regroupent 76 des 287 maisons de santé métropolitaines, soit un peu plus du quart. Ces bassins sont redécoupés en pseudo-cantons et la typologie permet de distinguer sept classes de pseudo-cantons, dont la description plus détaillée est disponible en annexe. Les principaux indicateurs mobilisés dans la description des classes sont repris dans le tableau 3.

La classe 1 est composée de pseudo-cantons des périphéries des petites villes ou de la deuxième couronne des grandes villes. Attractifs pour les populations et les médecins généralistes, ils sont en revanche moins dotés en professionnels de premiers recours.

Tableau 3. Valeurs moyennes des principales variables de la typologie au sein des différentes classes de pseudo-cantons

| | Moyenne générale | Moyenne | | | | | | |
|--|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | classe 1 | classe 2 | classe 3 | classe 4 | classe 5 | classe 6 | classe 7 |
| Offre de soins | | | | | | | | |
| Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (pour 100 000 hab) | 64,5 | 53,3 | 53,4 | 75,8 | 67,2 | 54,7 | 70,5 | 82,7 |
| Densité de masseurs-kinésithérapeutes (pour 100 000 hab) | 71,8 | 44,2 | 41,7 | 113,6 | 87,7 | 116,6 | 59,3 | 94,9 |
| Densité de pharmacies (pour 100 000 hab) | 34,8 | 25,5 | 35,2 | 43,4 | 34,1 | 36,1 | 36,3 | 43,4 |
| Densité d'infirmiers (pour 100 000 hab) | 126,4 | 109,0 | 128,1 | 257,0 | 115,6 | 87,1 | 102,1 | 113,2 |
| Densités de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 hab) | 81,5 | 61,4 | 71,9 | 105,1 | 86,5 | 80,7 | 83,4 | 102,1 |
| Evolution de la densité de généralistes entre 2004 et 2011 (%) | 0,7 | 3,2 | -4,1 | 2,9 | 6,5 | -1,1 | -2,9 | -4,4 |
| Part de généralistes de plus de 55 ans (%) | 39,9 | 38,5 | 50,5 | 40,9 | 33,8 | 38,6 | 39,6 | 39,6 |
| Population | | | | | | | | |
| Espérance de vie à la naissance (années) | 80,6 | 81,1 | 80,0 | 80,6 | 81,7 | 83,0 | 78,6 | 80,0 |
| Part de bacheliers (%) | 32,3 | 31,7 | 26,2 | 32,9 | 37,5 | 51,4 | 25,2 | 31,5 |
| Part du solde migratoire dans la dynamique démographique (%) | 0,4 | 0,8 | 0,7 | 1,3 | 0,3 | 0,0 | -0,1 | -0,4 |
| Revenus médians des ménages (€) | 23 160,3 | 23 769,6 | 19 460,1 | 20 970,6 | 26 902,6 | 37 903,6 | 19 853,1 | 19 757,4 |
| Taux de chômage (%) | 10,0 | 7,6 | 8,9 | 11,6 | 8,1 | 7,8 | 12,7 | 15,0 |
| Taux de croissance annuel moyen de population entre 1999 et 2009 (%/an) | 0,7 | 1,1 | 0,6 | 1,1 | 0,8 | 0,6 | 0,2 | 0,1 |
| Taux de mortalité évitable liée au système de soins (pour 100 000 hab) | 75,1 | 68,3 | 78,7 | 73,6 | 66,4 | 59,0 | 95,3 | 84,2 |
| Taux de mortalité prématurée (pour 100 000 hab) | 192,5 | 169,8 | 207,5 | 193,9 | 160,2 | 140,2 | 246,0 | 232,3 |
| Situation géographique | | | | | | | | |
| Distance au pôle de service supérieur le plus proche (min) | 15 | 18 | 24 | 22 | 12 | 5 | 15 | 1 |

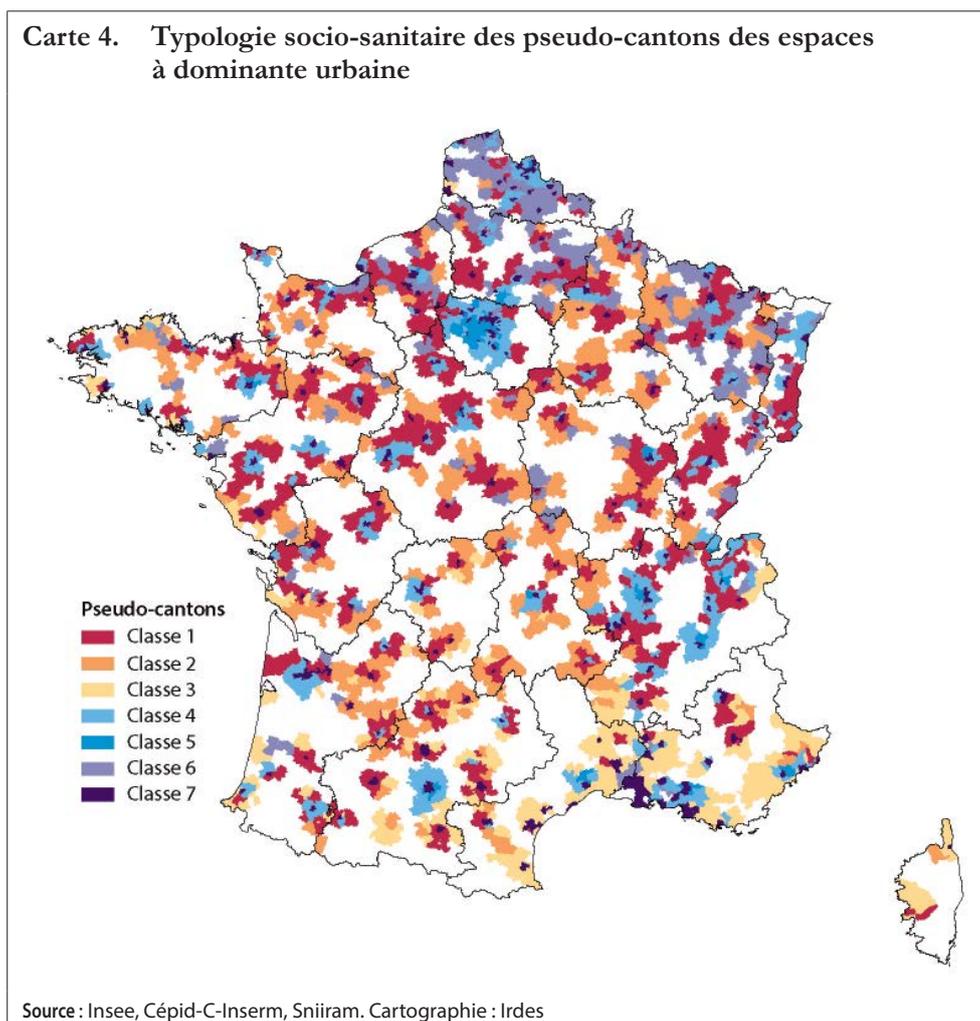
Cette classe compte 538 pseudo-cantons, soit 25 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 9 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 2 est composée de pseudo-cantons des marges des espaces à dominante urbaine, plutôt agricoles et industriels. Leur population est plus âgée, l'offre de médecins généralistes moindre et vieillissante, et ils sont plus éloignés des services. Ces espaces correspondent aux marges des espaces urbains qui chevauchent l'espace à dominante rurale. Ils sont principalement situés dans les espaces agricoles et industriels situés au cœur de la « diagonale du vide » ou dans l'ouest de la France. Cette classe compte 322 pseudo-cantons, soit 15 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 2 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 3 est composée de pseudo-cantons urbains et périurbains du sud de la France. Ils sont mixtes socialement, bien dotés en professionnels de premier recours, et attractifs pour les populations et les généralistes libéraux. Cette classe regroupe 218 pseudo-cantons, soit 10 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 6 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 4 est composée de pseudo-cantons urbains et périurbains des grandes agglomérations françaises, plutôt aisés. Attractifs pour les populations et les médecins géné-

Carte 4. Typologie socio-sanitaire des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine



ralistes, ils sont bien dotés en professionnels de premiers recours. Cette classe compte 416 pseudo-cantons, soit 19 % des pseudo-cantons métropolitains, et 20 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 5 est composée principalement de pseudo-cantons limitrophes des grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économiques et sanitaires, dont l'offre de soins est abondante. Cette classe regroupe 117 pseudo-cantons, soit 5 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 15 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 6 est composée de pseudo-cantons à dominante industrielle principalement du nord et de l'est de la France et des villes portuaires. L'état de santé de leurs populations est plus dégradé, et l'offre de médecins généralistes est bonne mais en diminution. Cette classe compte 273 pseudo-cantons, soit 12 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 9 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

La classe 7 est composée de grandes villes dont les caractéristiques socio-économiques des populations sont très hétérogènes, mais qui sont très bien dotées en offre de soins. Cette classe compte 305 pseudo-cantons, soit 14 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 40 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

Cette typologie fait également ressortir des structures spatiales connues et décrites précédemment (carte 4). Ainsi, les espaces attractifs du sud de la France, hétérogènes socialement (Fnors, 2010), apparaissent au sein de la classe 3, mais aussi les espaces périurbains diffus ou densifiés à travers les classes 1 et 4. L'est et le nord de la France, à dominante industrielle, et dont l'état de santé des populations est plus dégradé, ressort également à travers la classe 6. Mais c'est au sein des grandes agglomérations que de nouvelles structures spatiales apparaissent. Les zones urbanisées favorisées (Fnors, 2010) apparaissent au travers de la classe 5. Et, de fait, les oppositions entre villes aisées (classe 5) et villes hétérogènes ressortent (classe 7), comme au sein de l'Ile-de-France, entre l'ouest et le nord-est parisien. Certains types de pseudo-cantons, du fait de notre méthodologie, débordent sur des bassins de vie voisins à dominante rurale. C'est par exemple le cas des pseudo-cantons de la classe 2, qui correspondent aux marges des bassins de vie des grandes agglomérations. Cette typologie offre cependant un éclairage limité concernant les grands pôles urbains, certainement imputable au niveau d'analyse. Une analyse de ces espaces à un niveau plus fin, comme l'Iris³, permettrait d'affiner leur description.

Ces typologies des espaces à dominante urbaine et des espaces à dominante rurale font ainsi ressortir des structures et des dynamiques spatiales plus globales ou plus spécifiques, persistantes ou mouvantes, ayant trait à la démographie, l'économie, l'état de santé ou l'offre de soins. De plus, elles apportent une vision synthétique de ces combinaisons territoriales, au regard des dimensions de la typologie, et proposent un cadre d'analyse multidimensionnel dans l'étude de l'offre de soins de premiers recours. Elles permettent ainsi, en comparant la dynamique de l'offre de soins et celle de la population, de faire ressortir des zones en tension d'offre de soins, où l'offre de médecins généralistes paraît abondante mais est en fait vieillissante et en déclin, des zones déjà sous-dotées mais en fait plus fragiles. Elles font aussi apparaître des zones périurbaines à l'inverse attractives, moins dotées mais où la dynamique de l'offre semble suivre la dynamique démographique. Ces combinaisons permettent aussi de distinguer des espaces avec des niveaux d'offre de généralistes similaires, mais qui diffèrent par l'importance des besoins de soins. C'est par exemple le cas pour la classe 2 de bassins de vie comparativement aux classes 5 et 6.

Ces différentes configurations, et leur confrontation, permettent d'analyser la pertinence de l'implantation des maisons de santé au regard de l'offre de soins, des besoins de soins, et de la structure spatiale de ceux-ci. De plus, ces typologies distinguent spécifiquement les espaces à dominante urbaine et les espaces à dominante rurale, et proposent ainsi un cadre d'analyse plus adapté à chacun de ces espaces.

³ Les îlots regroupés pour l'information statistique (Iris) sont des découpages infra-communales et concernent les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants. Ce découpage constitue une partition du territoire de ces communes en "quartiers" dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants (Insee.fr).

4.2. L'implantation des maisons de santé dans les espaces définis par les typologies socio-sanitaires

Les maisons de santé des bassins de vie à dominante rurale représentent près des trois quarts des structures recensées. En confrontant leur répartition aux classes définies par la typologie, il ressort qu'elles sont principalement localisées dans les bassins de vie défavorisés en termes d'offre de soins.

Les maisons de santé sont principalement implantées dans la classe 2 des bassins de vie défavorisés socio-économiquement et sanitaire, et dont l'offre de soins est moindre et la densité en baisse (26 %), dans la classe 1 des bassins de vie à dominante industrielle moins dotés en offre de soins (23 %), dans la classe 3 des bassins de vie à dominante rurale, éloignés, dont la population est âgée et en moins bonne santé, qui sont plutôt bien dotés en offre de premiers recours mais dont la dynamique est plus fragile (23 %), puis dans les bassins de vie périurbains légèrement moins dotés mais plutôt favorisés (20 %). A l'inverse, les maisons de santé sont très peu implantées dans les bassins de vie périurbains favorisés (2 %) et les bassins de vie attractifs du sud de la France (6 %).

La comparaison de la répartition des communes avec des maisons de santé avec celles équipées de médecins généralistes nous permet d'enrichir l'analyse de leur répartition (tableau 4). D'abord, près des trois quarts des maisons de santé se trouvent dans l'espace à dominante rurale, alors qu'un tiers des médecins généralistes s'y trouvent. En outre, les maisons de santé sont comparativement beaucoup plus implantées dans les bassins de vie de la classe 3. En effet, 23 % des maisons de santé y sont implantées, contre 11 % des médecins généralistes. On observe aussi, mais dans une moindre mesure, une surreprésentation des maisons de santé dans les bassins de vie des classes 1 et 2 où respectivement 26 % et 23 % des structures s'y trouvent contre 20 % et 21 % des médecins généralistes. On retrouve dans ces trois classes 52 % des maisons de santé contre 17 % des médecins généralistes, et plus spécifiquement 72 % des structures de l'espace à dominante rurale, contre 52 % des médecins généralistes.

Tableau 4. Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie, comparativement aux médecins généralistes et à la population

| | ESPACE À DOMINANTE RURALE | | | | | | | |
|--------------|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | Communes avec des maisons de santé (CMS) | | | Médecins généralistes libéraux (MGL) | | | Population | |
| | Nombre | Part au sein des classes | Part du total des CMS | Nombre | Part au sein des classes | Part du total de MGL | Part au sein des classes | Part du total de la population |
| Classe 1 | 48 | 23 | 17 | 3 368 | 20 | 6 | 22 | 7 |
| Classe 2 | 53 | 26 | 18 | 3 650 | 21 | 7 | 23 | 7 |
| Classe 3 | 47 | 23 | 17 | 1 964 | 11 | 4 | 10 | 3 |
| Classe 4 | 13 | 6 | 5 | 3 052 | 18 | 6 | 14 | 5 |
| Classe 5 | 41 | 20 | 15 | 3 784 | 22 | 7 | 23 | 8 |
| Classe 6 | 4 | 2 | 1 | 1 350 | 8 | 3 | 8 | 3 |
| Total | 206 | 100 % | 73 % | 17 168 | 100 | 33 | 100 | 33 |

Ces résultats montrent que la répartition des maisons de santé dans les espaces à dominante rurale, et au regard des critères utilisés dans notre typologie, répond à une logique de maintien dans la répartition de l'offre de soins de premiers recours. En effet, ils sont davantage localisés dans des territoires moins dotés en offre de soins ou dont l'offre est plus fragile (médecins plus âgés, diminution de l'offre).

Les maisons de santé des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine représentent le quart des maisons de santé métropolitaines, dans un espace qui regroupe plus des deux tiers de la population métropolitaine. Elles y sont préférentiellement implantées dans les grandes villes, hétérogènes socialement, mais bien dotées en offre de soins, puis dans les espaces périurbains qu'ils soient bien dotés ou non en offre de soins de premier recours.

Les maisons de santé urbaines sont principalement implantées dans les classes de pseudo-cantons des pôles urbains, hétérogènes sur les plans socio-économiques et sanitaires mais plutôt bien dotés en offre de soins (classe 7) [33 %] ; viennent ensuite les pseudo-cantons périurbains moins dotés en offre de soins (classe 1) [24 %], les pseudo-cantons urbains et périurbains bien dotés en offre de soins (classe 4) [20 %], puis les pseudo-cantons périphériques, à dominante industrielle, dont l'état de santé des populations est plus dégradé (classe 6) [13 %].

Un peu plus du quart des maisons de santé est situé dans l'espace à dominante urbaine, alors que celui-ci abrite les deux tiers des médecins généralistes métropolitains (tableau 5). Les maisons de santé sont davantage implantées dans la classe 1 qui regroupe 24 % des maisons de santé mais 4 % des médecins généralistes. Cette classe étant moins dotée, cette implantation significative illustre ici une logique de rééquilibrage de l'offre de soins. Les maisons de santé sont également surreprésentées dans les classes 4 et 6 qui accueillent 20 % et 13 % des maisons de santé, mais 13 % et 6 % des médecins généralistes.

Tableau 5. Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des pseudo-cantons, comparativement aux médecins généralistes et à la population

| ESPACE À DOMINANTE URBAINE | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | Communes avec des maisons de santé (CMS) | | | Médecins généralistes libéraux (MGL) | | | Population | |
| | Nombre | Part au sein des classes | Part du total des CMS | Nombre | Part au sein des classes | Part du total de MGL | Part au sein des classes | Part du total de la population |
| Classe 1 | 18 | 24 | 6 | 2 338 | 7 | 4 | 9 | 6 |
| Classe 2 | 3 | 4 | 1 | 532 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Classe 3 | 3 | 4 | 1 | 2 606 | 7 | 5 | 6 | 4 |
| Classe 4 | 15 | 20 | 5 | 6 921 | 19 | 13 | 20 | 13 |
| Classe 5 | 2 | 2 | 1 | 3 359 | 9 | 6 | 15 | 10 |
| Classe 6 | 10 | 13 | 4 | 2 970 | 8 | 6 | 9 | 6 |
| Classe 7 | 25 | 33 | 9 | 16 950 | 48 | 32 | 40 | 27 |
| Total | 76 | 100 | 27 | 35 676 | 100 | 67 | 100 | 67 |

Notre méthodologie conduit à analyser les espaces à dominante urbaine à l'échelle des pseudo-cantons. Ceux-ci ne s'imbriquent cependant pas avec les bassins de vie. Nous analysons le poids des classes selon la part de population des pseudo-cantons entièrement imbriqués dans les bassins de vie urbains, afin d'analyser 100 % de la population métropolitaine. Les chiffres présentés sont ainsi corrigés du double comptage.

4.3. L'implantation des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR dans les espaces définis par les typologies socio-sanitaires

Parmi les 291 maisons de santé recensées par l'Observatoire de la DGOS, une partie d'entre elles (115 maisons de santé) participent aux ENMR. A ces 115 maisons de santé s'ajoutent 35 centres de santé qui participent également à cette expérimentation. L'analyse de ces structures fait ressortir une implantation plus urbaine que l'ensemble des structures recensées.

Les structures ENMR de l'espace à dominante rurale représentent 45 % des structures participant aux ENMR et sont quasi exclusivement composées de maisons et pôles de santé, un seul centre de santé se trouvant dans cet espace. En confrontant leur localisation aux classes de la typologie, il ressort qu'elles sont davantage implantées dans les espaces moins dotés en offre de soins.

Les maisons de santé participant aux ENMR sont principalement implantées dans la classe 5 des bassins de vie périurbains légèrement moins dotés mais plutôt favorisés (30 %), dans la classe 1 des bassins de vie à dominante industrielle moins dotés en offre de soins (26 %), dans la classe 2 des bassins de vie défavorisés socio-économiquement et sanitaire, et dont l'offre de soins est moindre et la densité en baisse (24 %), et dans une moindre mesure dans la classe 3 des bassins de vie à dominante rurale, éloignés, dont la population est âgée et en moins bonne santé, qui sont plutôt bien dotés en offre de premiers recours mais dont la dynamique est plus fragile (13 %). A l'inverse, les maisons de santé sont très peu implantées dans les bassins de vie périurbains favorisés (2 %) et les bassins de vie attractifs du sud de la France (5 %).

Les structures ENMR de l'espace à dominante urbaine représentent 55 % des structures participant aux ENMR. En confrontant leur localisation aux classes de la typologie, il ressort qu'elles sont davantage implantées dans les espaces aux besoins de soins plus élevés.

Les maisons de santé sont presque pour moitié (47 %) situées dans la classe des pseudo-cantons des pôles urbains, hétérogènes socio-économiquement et sanitaire mais plutôt bien dotés en offre de soins. Ensuite elles sont situées, pour 22 %, dans la classe 4 des pseudo-cantons urbains et périurbains, plutôt favorisés, attractifs pour les populations et les médecins, bien dotés en offre de soins.

Les centres de santé sont très fortement situés dans la classe des pseudo-cantons des pôles urbains, qui sont hétérogènes socio-économiquement et sanitaire mais plutôt bien dotés en offre de soins (85 %).

4.4. L'impact des maisons de santé sur la densité des médecins généralistes

Les classes définies précédemment nous permettent, après un nouveau regroupement basé sur l'arbre de classification de l'analyse en composantes principales, d'analyser, pour des espaces comparables, l'évolution de la densité de médecins généralistes. Ainsi nous regroupons, selon que le bassin est défavorisé en matière d'offre de soins (classes 1

et 2), défavorisé en matière de besoin de soins mais avec une offre satisfaisante (classes 3 et 4), favorisé en matière de besoin mais avec une offre moindre (classes 5 à 6) ; ceci sur deux périodes consécutives (2004-2008 et 2008-2011), puis aussi sur la période 2004-2011. Nous distinguons ensuite les espaces avec (cas) ou sans maison ou pôle de santé (témoin), selon une méthode en « différence de différences », pour analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes. Notre échantillon est composé de 183 bassins de vis cas et 1 228 témoins, puis de 1 752 pseudo-cantons cas et 74 témoins.

4.4.1. Évolution de la densité de médecins généralistes avant/après la mise en place des maisons de santé et analyse de la dynamique d'évolution dans les bassins de vie à dominante rurale

Une moindre diminution de la densité des médecins généralistes à la suite de la mise en place des maisons de santé

Sur l'ensemble de la période 2004-2011, l'évolution des densités de médecins généralistes n'est significativement pas différente entre les bassins de vie dotés ou non de maisons de santé (tableau 6). Cependant, on observe dans les bassins de vie des classes 1 et 2 une densité de médecins généralistes plus forte en 2011 dans les espaces avec des maisons de santé, alors qu'elle était moins forte en 2004. De même, l'écart de densité se

Tableau 6. Les densités de médecins généralistes 2004 versus 2011 dans les bassins de vie

| | 2004 | | | 2011 | | | Différence de différences |
|--|---------|-------|------------------|---------|-------|------------------|---------------------------|
| | Témoins | Cas | Différence avant | Témoins | Cas | Différence après | |
| Bassins de vie classes 1 et 2 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes, moyenne | 80,2 | 78,5 | -1,7 | 73,9 | 74,4 | 0,5 | 2,2 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 0,7 | 1,9 | 2,0 | 0,8 | 1,9 | 2,0 | 2,9 |
| t | 103,1 | 79,3 | -0,8 | 72,1 | 73,4 | -0,6 | 0,7 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,413 | 0,000 | 0,000 | 0,808 | 0,453 |
| Effectifs | 509 | 88 | | 509 | 88 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,02911 |
| Bassins de vie classes 3 et 4 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes - moyenne | 109,5 | 98,5 | -10,9 | 100,2 | 90,9 | -9,2 | 1,7 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 1,4 | 3,5 | 3,8 | 1,4 | 3,6 | 3,8 | 5,4 |
| t | 79,7 | 106,3 | -2,9 | 102,7 | 89,7 | -10,5 | 0,3 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,004*** | 0,000 | 0,000 | 0,016** | 0,752 |
| Effectifs | 356 | 54 | | 356 | 53 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,04583 |
| Bassins de vie classes 5 et 6 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes - moyenne | 81,3 | 81,3 | 0,6 | 81,5 | 87,1 | 5,6 | 5,0 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 1,1 | 3,3 | 3,5 | 1,1 | 3,3 | 3,5 | 4,9 |
| t | 72,3 | 81,5 | 0,2 | 81,5 | 83,6 | 2,0 | 1,0 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,861 | 0,000 | 0,000 | 0,107 | 0,310 |
| Effectifs | 363 | 42 | | 363 | 42 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00352 |

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables
*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

réduit légèrement dans les bassins de vie des classes 3 et 4, à la faveur des espaces avec maisons de santé, qui restent néanmoins moins dotés. Enfin, dans les bassins de vie des classes 5 et 6, l'écart de densité s'accroît en faveur des espaces sans maisons de santé.

En revanche, lorsque l'on compare la dynamique de l'évolution de la densité de médecins généralistes sur deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2011, des différences apparaissent entre les espaces avec (cas) et sans maisons de santé (témoins) [tableau 7]. Pour les bassins des classes 1 et 2, défavorisés en offre de soins, la tendance est à la baisse pour les cas comme pour les témoins sur la période 2004-2008. En revanche, sur la période 2008-2011, cette tendance est significativement moindre pour les cas comparativement aux témoins. Au final, la « différence de différences », bien que non significative, est en moyenne de 2,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants entre les deux périodes au profit des bassins de vie accueillant des maisons de santé.

Pour les bassins défavorisés en termes de besoins de soins mais avec une offre satisfaisante (classes 3 et 4), l'évolution est comparable entre les cas et les témoins et négative sur les deux périodes. Cette évolution négative est cependant moindre sur la période 2008-2011 comparativement à la période 2004-2008.

Tableau 7. Les évolutions des densités de médecins généralistes 2004-2008 versus 2008-2011 dans les bassins de vie

| | 2004-2008 | | | 2008-2011 | | | Différence de différences |
|---|-----------|-------|------------------|-----------|-------|------------------|---------------------------|
| | Témoins | Cas | Différence avant | Témoins | Cas | Différence après | |
| Bassins de vie classes 1 et 2 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes, moyenne | -3.7 | -3.8 | -0.2 | -2.6 | -0.3 | 2.3 | 2.5 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 1.0 | 1.1 | 1.6 |
| t | -8.4 | -3.8 | -0.1 | -1.3 | -0.5 | 2.0 | 1.5 |
| P> t | 0.000 | 0.000 | 0.890 | 0.000 | 0.752 | 0.044** | 0.127 |
| Effectifs | 509 | 88 | | 509 | 88 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00844 |
| Bassins de vie classes 3 et 4 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes - moyenne | -5.6 | -4.7 | 1.1 | -3.7 | -1.9 | 1.7 | 0.6 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.7 | 1.9 | 2.1 | 0.7 | 1.9 | 2.0 | 2.9 |
| t | -7.6 | -5.1 | 0.5 | -3.0 | -2.3 | 1.3 | 0.2 |
| P> t | 0.000 | 0.015 | 0.636 | 0.000 | 0.313 | 0.410 | 0.802 |
| Effectifs | 356 | 54 | | 356 | 54 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00656 |
| Bassins de vie classes 5 et 6 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes - moyenne | -0.4 | 1.5 | 1.9 | 0.5 | 3.7 | 3.1 | 1.2 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.6 | 1.6 | 1.7 | 0.6 | 1.7 | 1.7 | 2.4 |
| t | -0.7 | 0.8 | 1.1 | 1.3 | 3.2 | 2.6 | 0.5 |
| P> t | 0.508 | 0.350 | 0.272 | 0.322 | 0.025 | 0.070* | 0.615 |
| Effectifs | 363 | 42 | | 363 | 42 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00796 |

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Pour les bassins favorisés en matière de besoins de soins mais avec une offre moindre (classes 5 à 6), sur la période 2004-2008, l'évolution est positive pour les cas et négative pour les témoins. Sur la période suivante 2008-2011, elle est positive et significativement plus importante pour les cas comparativement aux témoins. Au final, la « différence de différences » est en moyenne de 1,2 médecin généraliste, entre les deux périodes et entre les bassins de vie accueillant des maisons de santé et ceux n'en accueillant pas, sans être pour autant significative.

4.4.2. Évolution de la densité de médecins généralistes avant/après la mise en place des maisons de santé et analyse de la dynamique d'évolution dans les pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine

Une amélioration de la densité de médecins généralistes dans les espaces périurbains moins dotés en offre de soins

A l'échelle des pseudo-cantons, des analyses similaires ont été menées regroupant les classes selon que le pseudo-canton soit défavorisé en offre de soins (classes 1 et 2), médian (classes 4, 5 et 6) ou favorisé (classes 3 et 7). Les effectifs étant restreints, les résultats doivent être pris avec précaution.

Tableau 8. Les densités de médecins généralistes 2004 versus 2011 dans les pseudo-cantons

| | 2004 | | | 2011 | | | Différence de différences |
|--|---------|-------|------------------|---------|-------|------------------|---------------------------|
| | Témoins | Cas | Différence avant | Témoins | Cas | Différence après | |
| Pseudo-cantons classes 1 et 2 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes, moyenne | 71,5 | 68,3 | -3,2 | 68,2 | 70,2 | 2,0 | 5,2 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 1,0 | 5,4 | 5,5 | 1,016 | 5,4 | 5,6 | 7,8 |
| t | 70,8 | 70,8 | -0,6 | 68,2 | 66,0 | -2,2 | 0,7 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,566 | 0,000 | 0,000 | 0,719 | 0,509 |
| Effectifs | 579 | 20 | | 572 | 20 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00455 |
| Pseudo-cantons classes 4 à 6 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes - moyenne | 85,1 | 87,4 | 2,3 | 84,9 | 90,8 | 5,9 | 3,6 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 1,0 | 5,3 | 5,4 | 1,0 | 5,2 | 5,3 | 7,6 |
| t | 84,1 | 85,6 | 0,4 | 85,0 | 87,9 | 2,9 | 0,5 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,679 | 0,000 | 0,000 | 0,269 | 0,631 |
| Effectifs | 720 | 26 | | 721 | 27 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,0094 |
| Pseudo-cantons classes 3 et 7 | | | | | | | |
| Densité de médecins généralistes - moyenne | 104,8 | 106,6 | 1,8 | 100,7 | 95,9 | -4,8 | -6,6 |
| Densité de médecins généralistes - Ecart types | 1,4 | 5,8 | 5,9 | 1,4 | 5,8 | 5,9 | 8,4 |
| t | 73,5 | 105,1 | 0,3 | 101,9 | 101,4 | 0,67 | -0,8 |
| P> t | 0,000 | 0,000 | 0,764 | 0,000 | 0,000 | 0,415 | 0,430 |
| Effectifs | 459 | 28 | | 459 | 28 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,0061 |

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Une fois encore, sur toute la période 2004-2011, l'évolution des densités de médecins généralistes est différente, bien que non significative statistiquement, entre les pseudo-cantons dotés et les pseudo-cantons non dotés de maisons de santé (tableau 8). Ainsi, l'écart entre les densités s'inverse dans les pseudo-cantons des classes 1 et 2, à la faveur des espaces avec maisons de santé, qui sont désormais mieux dotés en 2011. Pour les pseudo-cantons des classes 4, 5 et 6, l'écart de densité s'accroît à l'avantage des espaces dotés de maisons de santé. A contrario, cet écart s'inverse dans les classes 3 et 7, au détriment des espaces avec maisons de santé.

En revanche, sur les deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2011, la dynamique de l'évolution de la densité de médecins généralistes fait apparaître des différences significatives entre les espaces avec et sans maisons de santé (tableau 9).

Pour les pseudo-cantons défavorisés en offre de soins (classes 1 et 2), sur la période 2004-2008, l'évolution est négative et comparable pour les espaces avec ou sans maison de santé. Par contre, sur la période 2008-2011, l'évolution reste négative pour les espaces sans maisons de santé mais s'inverse pour les espaces avec maisons de santé, jusqu'à devenir positive. La « différence de différences », significative, est en moyenne de 14 médecins généralistes entre les deux périodes et entre les pseudo-cantons défavorisés accueillant des maisons de santé, comparativement à ceux n'en accueillant pas.

Tableau 9. Les évolutions de densités de médecins généralistes 2004-2008 versus 2008-2011 dans les pseudo-cantons

| | 2004-2008 | | | 2008-2011 | | | Différence de différences |
|---|-----------|-------|------------------|-----------|-------|------------------|---------------------------|
| | Témoins | Cas | Différence avant | Témoins | Cas | Différence après | |
| Pseudo-cantons classes 1 et 2 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes, moyenne | -2.5 | -6.9 | -4.4 | -0.9 | 8.7 | 9.6 | 14.0 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.5 | 2.9 | 2.9 | 0.5 | 2.8 | 2.9 | 4.1 |
| t | -4.7 | -4.0 | -1.5 | 0.5 | -0.3 | 0.5 | 3.4 |
| P> t | 0.000 | 0.015 | 0.128 | 0.093 | 0.002 | 0.001*** | 0.001*** |
| Effectifs | 576 | 20 | | 572 | 20 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,01788 |
| Pseudo-cantons classes 4 à 6 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes - moyenne | -0.2 | 1.9 | 2.1 | 0.1 | 1.7 | 1.6 | -0.5 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.6 | 3.1 | 3.1 | 0.6 | 3.0 | 3.1 | 4.4 |
| t | -0.4 | 0.4 | 0.7 | 0.3 | 2.0 | 2.0 | -0.1 |
| P> t | 0.689 | 0.541 | 0.500 | 0.913 | 0.583 | 0.604 | 0.906 |
| Effectifs | 720 | 26 | | 721 | 27 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,0057 |
| Pseudo-cantons classes 3 et 7 | | | | | | | |
| Différence de densités de médecins généralistes - moyenne | -1.1 | -4.7 | -3.6 | -3.0 | -6.1 | -3.0 | 0.6 |
| Différence de densités de médecins généralistes - Ecart types | 0.7 | 2.7 | 2.8 | 0.7 | 2.7 | 2.8 | 4.0 |
| t | -1.5 | -2.4 | -1.3 | -4.0 | -6.4 | -3.4 | 0.1 |
| P> t | 0.121 | 0.1 | 0.2 | 0.000 | 0.027 | 0.284 | 0.882 |
| Effectifs | 459 | 28 | | 459 | 28 | | |
| R-2 | | | | | | | 0,00724 |

Moyennes et écarts-types estimés par régression linéaire, sans covariables

*** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1

Pour les pseudo-cantons à dotation médiane (classes 4, 5 et 6), l'évolution entre 2004 et 2008 est différente, négative pour les témoins, positive pour les cas, mais non significative. Entre 2008 et 2011, l'évolution est positive pour les cas et témoins, l'écart se réduisant sans que cela soit significatif.

Pour les pseudo-cantons plus favorisés en offre de soins (classes 3 et 7), les évolutions sur les deux périodes sont négatives et pas significativement différentes entre les cas et les témoins.

5. Conclusion

Les apports de cette étude

Ce travail de recherche avait pour objectif de qualifier la répartition des maisons de santé recensées par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins selon les caractéristiques socio-sanitaires de leurs espaces d'implantation, puis d'évaluer l'impact de la présence de ces structures sur l'évolution de l'offre de soins locale. Au-delà des intérêts opérationnels de ces résultats, ce travail apporte également des contributions méthodologiques aux disciplines géographiques, économiques, ou encore à l'évaluation de politiques publiques.

D'un point de vue méthodologique, notre travail propose une analyse globale de la France métropolitaine, qui distingue spécifiquement les espaces à dominante urbaine et les espaces à dominante rurale. En l'état de nos connaissances, il existe peu de typologies globales proposant de traiter les espaces urbains et ruraux séparément, mais les articulant ensuite, hormis celle de Bigard et Durieux ayant fait l'objet d'un chapitre de l'ouvrage « La France et ses régions » (Insee, 2010). En effet, la plupart des typologies traitent de l'un ou l'autre de ces espaces, ou ne les distinguent pas. Concernant les thématiques traitées par les typologies réalisées ici, elles articulent des indicateurs relatifs à l'offre et aux besoins de soins, comme d'autres travaux (Lucas-Gabrielli *et al.*, 1998; Fnors 2006 ; 2011, volets ambulatoires des Sros), mais y ajoutent des éléments relatifs à la structure spatiale du territoire telle que la distance aux services, afin d'offrir un cadre d'analyse multidimensionnel de l'implantation des maisons de santé. Néanmoins, d'autres travaux en cours, comme ceux de la Datar, visent à caractériser les zones fragiles en offre de soins, avec probablement une dimension étoffée concernant l'aménagement du territoire.

Dans l'analyse de l'impact du dispositif maison de santé, nous utilisons des calculs de différences de différences déjà éprouvés, mais mobilisons un cadre d'analyse spatiale innovant reposant sur des typologies préalables, qui nous permet d'analyser cet impact dans des espaces a priori similaires au regard des indicateurs sélectionnés.

Dans les espaces à dominante rurale, où près des trois quarts des maisons de santé sont implantées, nos résultats montrent une localisation de la grande majorité de celles-ci dans des espaces plus fragiles en termes d'offre de soins. De plus, ces structures sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes, ce qui met en évidence une logique de maintien de l'offre de soins de premiers recours. Cette surreprésentation est probablement minimisée puisque nous ne tenons

pas compte du nombre de médecins généralistes dans ces structures. Par ailleurs, nos résultats concluent à une évolution favorable, même si non significative, de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec des maisons de santé, mais aussi de la dynamique d'évolution pour les types d'espaces les plus défavorisés en offre de soins.

Dans les espaces à dominante urbaine, qui regroupent près d'un quart des maisons de santé, celles-ci sont préférentiellement localisées dans les pôles urbains hétérogènes socio-économiquement mais assez bien dotés en offre de soins et dans les territoires périurbains, qu'ils soient moins dotés (23 %) ou plutôt bien dotés (20 %). Les maisons sont davantage implantées dans les bassins de vie périurbains comparativement aux médecins généralistes, illustrant une logique de rééquilibrage de l'offre de soins. Au niveau urbain et dans les types d'espaces définis par la typologie, nous observons une dynamique d'évolution de la densité médicale significativement plus favorable dans les espaces avec maisons de santé au sein des espaces périurbains moins dotés en offre de soins.

L'intérêt de ces résultats réside aussi dans l'apport de connaissance sur la réorganisation des soins de premiers recours en France et de ses conséquences sur l'accessibilité aux soins, domaine encore peu analysé. En effet, nous ne recensons pas, en France, d'études portant sur la réorganisation de l'offre de soins de premiers recours et ses conséquences sur l'évolution de la démographie médicale à une échelle nationale. De plus, ce travail porte sur un processus en cours, le développement des maisons de santé, et permet d'en faire émerger les premières tendances en termes de dynamique d'évolution de l'offre de médecins généralistes. Cette étude apporte ainsi des éléments d'analyse sur cette politique publique visant à favoriser l'installation ou le maintien de médecins dans des zones fragiles au travers de mesures structurelles portant sur le cadre d'exercice, et propose des premiers éléments d'évaluation.

Discussions

- ***La faiblesse des effectifs de maisons de santé : des impératifs méthodologiques sous-jacents***

En 2013, 291 maisons de santé sont recensées. Mais une fois réparties dans les 13 classes définies par les typologies, certaines classes d'espaces comptent peu de maisons de santé (moins de 30 observations) et ne permettent pas de mener des analyses statistiques robustes pour étudier l'évolution de la démographie médicale. Nous avons donc choisi de regrouper les classes selon leur niveau de dotation en offre de soins. L'essor de ces structures, inexorable, pourrait permettre à moyen terme de mener la même étude sans regrouper les classes, et de mieux cerner leurs impacts locaux sur la démographie médicale.

- ***Quel niveau d'analyse est pertinent pour étudier l'espace à dominante urbaine ?***

Pour les maisons de santé implantées dans l'espace à dominante urbaine, le niveau d'analyse retenu est celui du pseudo-canton. L'avantage de ce découpage est qu'il recouvre l'intégralité du territoire national et permet donc une approche globale, souhaitée pour étudier les maisons de santé dans leur intégralité. Ce découpage ne permet cependant

pas une description fine de l'espace urbain dense. En effet, nous n'observons pas de différences significatives d'évolution de la densité médicale pour ces espaces. L'explication peut venir du fait que l'impact d'une structure de la taille d'une maison de santé, dans un environnement urbain dense, ne peut pas être saisi à l'échelle choisie. En effet, la maison de santé se retrouve « noyée » au milieu des autres professionnels de santé, très nombreux en milieu urbain. Il serait intéressant, pour ces espaces, d'analyser l'évolution infra-urbaine de la densité médicale au niveau de l'Iris. Ceci nécessiterait cependant de connaître l'adresse des maisons de santé, chose impossible actuellement.

Cependant, les résultats pour d'autres classes de pseudo-cantons, plus périphériques, semblent bien saisir une réalité sur l'évolution de la démographie médicale. Ceci nous laisse penser que le pseudo-canton peut être intéressant pour étudier, au sein des espaces à dominante urbaine, les espaces moins denses périphériques correspondant au périurbain.

- ***Le cadre temporel d'analyse***

Ces premiers résultats présentent une tendance d'évolution de la démographie médicale dans les espaces avec et sans maisons de santé. Ils sont cependant à relativiser quant à la durée de la période après la mise en place des maisons de santé (2008-2011), relativement courte, mais pourront être rendus plus robustes dans les prochaines années.

Ensuite, nous avons pris le parti de choisir une date charnière, 2008, à partir de laquelle nous considérons qu'il y a un « avant » et un « après » maison de santé. Cette date peut être discutable, et ceci pour plusieurs raisons. D'abord, il est possible que la maison de santé « ouvre » une année donnée mais ne soit en fait que la labellisation d'une structure de soins préexistante (cabinet de groupe, maison médicale). Ainsi, il est difficile d'imputer une éventuelle amélioration de l'offre à la seule labellisation. Ensuite, le choix d'une date charnière laisse aussi supposer, à tort, que toutes les structures ont ouvert à cette date. Une analyse de l'évolution de la densité médicale à partir de la date déclarée d'ouverture permettrait certainement d'affiner notre connaissance de l'impact de ces structures. Cependant, nous rencontrerons le même problème de la faiblesse des effectifs avec une analyse année par année.

De la même manière, nous utilisons dans notre typologie un indicateur d'évolution de la densité médicale entre 2004 et 2011. Cet indicateur peut dans certains cas englober l'effet « maison de santé » pour les territoires concernés, l'évolution constatée pouvant être ou non imputable aux maisons de santé.

- ***L'effet de sélection des maisons de santé***

L'analyse des résultats de la répartition des maisons de santé au sein des espaces français repose sur les indicateurs choisis pour notre typologie. Ceux-ci ont été choisis selon l'hypothèse qu'ils peuvent influencer sur l'implantation des maisons de santé. Or, les facteurs de sélection par les pouvoirs publics des maisons de santé qui seront financées ne sont pas pris en compte, du moins de manière directe. Nous ne pouvons donc pas dire dans quelle mesure la sélection des sites par les ARS et d'autres acteurs influent sur la répartition que nous observons et les résultats présentés.

- ***L'impact des maisons de santé***

Nous l'avons vu, les maisons de santé sont aussi composées de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers ou de dentistes. Il serait également intéressant d'analyser l'impact possible de maisons de santé sur la densité de ces professionnels afin d'avoir une vision plus large de leur impact sur la démographie des professionnels de santé, et une meilleure appréciation de ce dispositif.

En outre, les données mobilisées sur les professionnels de santé ne prennent pas en compte les médecins généralistes salariés, qui peuvent travailler dans des centres hospitaliers ou des centres de santé. Or, l'impact d'un centre de santé sur l'offre de soins d'un quartier donné ou d'une ville peut compenser une offre libérale moins abondante et leur non prise en compte conduit à sous-estimer les impacts du regroupement au sein de ces structures.

L'impact de ces structures en termes d'accessibilité aux soins ne se mesure pas par la seule densité de professionnels. L'accessibilité des populations dépend aussi d'autres dimensions comme la distance, le coût, ou les horaires. Ces dimensions ainsi que l'impact de ces structures sur la satisfaction des usagers seront explorés lors de terrains prolongeant cette étude.

- ***La différence entre maisons et pôles de santé***

Les données actuelles ne nous permettent pas de distinguer les maisons et pôles de santé. Désormais, c'est la présence d'un projet de santé qui définit une maison de santé. Les dimensions relatives aux structures multisites sont donc perdues. Ainsi, une structure avec plusieurs antennes de professionnels à différentes adresses (anciennement appelée pôle de santé) sera considérée de la même manière qu'une structure constituée d'un seul bâtiment (ancien critère de distinction des maisons de santé). Cette impossibilité de distinguer les deux types de structures ne nous permet pas d'analyser plus spécifiquement leur impact sur la démographie médicale et pose, pour certains pôles de santé très étendus (sur plusieurs bassins de vie), le problème de l'inadéquation du cadre d'analyse.

- ***La comparaison avec la répartition des médecins généralistes***

Nous avons présenté des résultats comparant la répartition des maisons de santé à celle des médecins généralistes. Nous comparons, en fait, des effectifs de médecins généralistes par communes, aux communes équipées de maisons de santé. Nous ne pouvons pas prendre en compte, faute d'information, le nombre de médecins généralistes par maisons de santé.

Perspectives de recherche

Cette étude sera prolongée par des monographies portant sur des maisons de santé. Ces terrains auront pour vocation, en premier lieu, de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'élaboration d'une maison ou d'un pôle de santé en questionnant les principaux acteurs des territoires concernés (élus locaux, professionnels de santé, ARS). Afin de mieux saisir la place des acteurs locaux, ces terrains seront doublés d'une approche « contrefactuelle » se focalisant sur des espaces sans maison de santé mais dans lesquels

les problématiques socio-sanitaires sont identiques, selon nos typologies, à ceux où sont implantées des maisons de santé. Ces terrains analyseront également de plus près les maisons de santé dont la localisation est surprenante au regard des hypothèses que nous avons établies. Ainsi, de manière générale, nous chercherons à voir au niveau local dans quelle mesure l'implantation de la structure répond aux problématiques locales d'offre et de besoins de soins. Enfin, ils permettront ensuite d'analyser au plus près les impacts de ces structures sur leurs territoires, tant sur l'offre de soins que sur l'accessibilité réelle des populations à ces structures, et sur l'attractivité plus générale du territoire. L'approche micro et dynamique de l'évolution de la démographie médicale viendra utilement compléter l'approche macro réalisée pour la France entière.

6. Bibliographie

- Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. (2009). « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 139, février.
- Amat-Roze J.-M., (2011). « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, décembre, pp. 13-32.
- Attal-Toubert K., Vanderschelden M. (2009). « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Drees, *Études et résultats*, n° 679, février.
- Atun R. (2004). « What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? », in *Health evidence network report*, WHO Regional Office for Europe, 548 p.
- Audric S. (2004). « L'exercice en groupe des médecins libéraux », Drees, *Études et Résultats*, n° 314, juin.
- Auphan E. (2012). « Le TGV ou le démantèlement du réseau ferré français », *Annales de géographie*, n° 684, no 2, pp. 194-213.
- Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. et Guillaumat-Tailliet F. (2007). « L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Drees, *Études et résultats* n° 610, novembre.
- Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P. et Mousquès J. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 157, septembre.
- Bärnighausen T, Bloom D.E. (2011). "The global Health workforce" in Glied S. et Smith P., *The oxford handbook of health economics*, Oxford University press, New York, pp. 486-519.
- Barer M. L., Stoddart G. L., et Unit University of British Columbia Health Human Resources. (1999). *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities : Recruitment and Retention Revisited*, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 52 p.

- Barlet M, Collin C. (2010). Localisation des professionnels de santé libéraux. Journées des économistes de la santé français (JESF).
- Barlet M., Coldefy M., Collin C. et Lucas-Gabrielli V. (2012). « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes », Irdes, *Questions d'économie de la Santé* n° 174, mars.
- Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. (2007). Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 - L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons. Irdes, *Document de travail*, n° 5
- Berland Y. (2005). Rapport de la commission démographie médicale.
- Bernier M. (2008). Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.
- Bigard M., et Durieux E. (2010). « Occupation du territoire et mobilités : une typologie des aires urbaines et du rural », Insee références, coll. « La France et ses régions ».
- Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D. (2006). Les évolutions démographiques des professions de santé. *Données sociales*, Insee.
- Bilodeau H. (2006). Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec: rapport abrégé, Montréal, GRIS, Université de Montréal, coll. « Rapport » n° R06-03, 33 p.
- Bontron J.-C. et Cabanis S. (1992). La recomposition du territoire, essai de typologie socio-économique des cantons français, Segesa, Paris.
- Bontron J.-C. (2012), « Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale ? », *revue POUR*, dossier santé en milieu rural : réalités et controverses, n°214.
- Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. (2006). « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 116, décembre.
- Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A. et Tajahmadi A. (2007). « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°122, mai.
- Bourgueil Y. Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J. Pierre A. (2009). « Une évaluation exploratoire des maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 147, octobre.
- Brunet R. (2005). Le développement des territoires : formes, lois, aménagement, Editions de l'Aube, 95 p.
- Brutel C. et Levy D. (2012). « Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012, trois quarts des bassins de vie sont ruraux », *INSEE Première*, n° 1425.
- Brodaty T., Crépon B. et Fougère D. (2007). « Les méthodes micro-économétriques d'évaluation et leurs applications aux politiques actives de l'emploi », *Economie & prévision* n° 177, Février, pp. 93-118.
- Chalard L. et Dumont G.-F. (2006). « France : des densités de plus en plus inégales », *Population & Avenir*, n° 679, n° 4, pp. 4-9.

- Choussat J. (1997). Rapport d'ensemble sur la démographie médicale. La Documentation française. 44 pages.
- Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V. et Mousquès J. (2010). « Dotation des secteurs psychiatriques en perspectives avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale d'Ile-de-France », Irdes, 2010.
- Couffinhal A, Lucas-Gabrielli V. et Mousquès J. (2002). « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens? Une étude cantonale sur 1998-2001 », Irdes, *Questions d'économie de la Santé* n° 61, décembre.
- Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) (2009). *Dynamiques et développement durable des territoires*. Rapport de l'Observatoire des territoires 2008, La Documentation Française, 228 p.
- Delga C., Morel-à-L'Huissier P. (2013). Rapport de la mission pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services au public dans les territoires fragiles, 59 pages.
- Depinoy D. (2011). *Maisons de santé : une urgence citoyenne*, Editions de Santé, 116 p.
- Dussault G., Franceschini M.C. (2006). "Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", *Human Resources for Health* vol 4, n°12.
- De Haas P. (2010). *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier Editions, 173 p.
- DGOS. (2012). Instruction N° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé.
- Dourgnon P, Naiditch M. (2010). "The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping", *Health Policy*, vol 94, n° 2, pp. 129-134.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors). (2006). *Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 176 p.
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors). (2010), *Inégalités socio-sanitaires en France de la région au canton*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs). (2010). Rapport d'activité 2009.
- Fougère D. (2010). « Les méthodes économétriques d'évaluation », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, juillet, pp. 105-128.
- Friedberg M. W, Hussey P. S. et Schneider E. C. (2010). "Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care", *Health affairs* (Project Hope) vol. 29 n°5, Mai, pp. 766-772.
- Gautier A. dir. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé : 266 p.
- Haas S., Vigneron E. (2007). Evaluation & territoires, La Documentation française, coll. « Travaux », 103 p.

- Hatzfeld H., *Le Grand tournant de la médecine libérale*, Les Editions ouvrières. Paris, coll. « Relations sociales », 1963, 311 p.
- Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). (2007). « Note sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux », 147 pages.
- Hilal M. (2012). « La nouvelle typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques », *Territoires en mouvement* n° 7, pp. 6 - 13.
- Imbens G. W., Wooldridge J. M. (2009). "Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation", *Journal of Economic Literature*, vol. 47, n°1, pp. 5-86.
- Thomsin L., Houillon V. (2001). « Définitions du rural et de l'urbain dans quelques pays européens », *Espace, populations, sociétés*, vol. 19, no 1, pp. 195-200.
- Hofmarcher M. M., Oxley H, Rusticelli E. (2007), "Improved health system performance through better care coordination", OECD, Health working papers n°30.
- ISNAR-IMG. (2011). « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale ».
- Johannet G. (2009). L'échec de la régulation in Bras P.L. et de Pouvourville G. et Tabuteau D., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, Paris, pp : 275-286.
- Juilhard J.M. (2007). « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale ».
- Juilhard J.M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., Chambaud L., Schaetzel F. (2010). *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Paris, La Documentation Française, 2010, 52 p.
- Julien P. (2007). « La France en 1916 bassins de vie », *Économie et Statistique*, vol. 402, n° 1, pp. 25-39.
- Jusot F. (2010). Les inégalités sociales de santé quel constat ? Quels leviers d'actions ? Fiche n°2, club parlementaire sur l'économie de la santé « Hippocrate », mars.
- Langlois J. (2001). *La démographie médicale future : mesures proposées par l'Ordre des Médecins*.
- Lucas-Gabrielli V., Tonnelier F., Vigneron E. (1998). « Une typologie des paysages socio-sanitaire en France », *CreDES, Série analyses*.
- Maurey H. (2013). Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Sénat, 5 février.
- Macinko J., Starfield B. et Erinoshio T., (2009). "The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries", *The Journal of ambulatory care management*, vol. 32 n°2, juin, pp. 150-171.
- Mousquès J. (2011). « Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? », *Revue française des affaires sociales* n° 2-3., décembre, pp. 253-275.

- Noïn D. et Decroix G. (2009). *Le nouvel espace français*, 5e éd., Paris, A. Colin, coll. « Cursus », 250 p.
- OMS. (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2006.
- OMS. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008, les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*.
- ONDPS. (2005). *Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé*, Rapport 2004, tome 1, La Documentation française, Paris.
- ONDPS. (2005). *Démographie régionale de 5 professions de santé de premiers recours*, Rapport 2004, tome 4, La Documentation française, Paris.
- Pison P. (2005). France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans. *Populations et sociétés* n° 410, mars.
- Pistre P. (2012). *Renouveaux des campagnes françaises : évolutions démographiques, dynamiques spatiales et recompositions sociales*, Thèse de géographie, Université Paris-Diderot - Paris VII, 419 p.
- Rey G., Jouglà E., Fouillet A. et Hémon D. (2009). "Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death", *BMC Public Health* vol. 9 no 1, Janvier, p. 33.
- Rican S., Simon M. et Salem G. (1999). « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines, des densités plus élevées dans le sud et les centre-villes », *Drees, Etudes et résultats* n°9, mars.
- Rican S., Salem G., Vaillant Z., Jouglà E. (2010). *Dynamiques sanitaires des villes françaises*, La Documentation française, Paris, 80 p.
- Rieutort L. (2009). « Dynamiques rurales françaises et re-territorialisation de l'agriculture », *L'Information géographique*, Vol. 73, no 1, pp. 30-48.
- Sicart D. (2013). Les médecins au 1er janvier 2013, Drees, *Document de travail*, série statistique.
- Rubin D. B. (1974). "Estimating causal effects of treatments in randomized and non-randomized studies", *Journal of Educational Psychology*, vol. 66 n° 5, pp. 688-701.
- Santé publique. (2009). *Les maisons de santé une solution d'avenir ?*, vol 21, n° hors-série, 112 pages.
- Scott A. et Jan S. (2011). « Primary Care », in Sherry Glied et Peter C. Smith (éds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press.
- Talandier M. (2007). *Un nouveau modèle de développement hors métropolisation. Le cas du monde rural français*, Thèse de géographie, Paris XII, Paris, 479 p.
- Van der Linden B. (2011). « Principes généraux d'évaluation des effets d'un dispositif », *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome L, n° 1, mai, pp. 13-22.
- Vignerot E. (2011). *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etats des lieux et voies de progrès*, Elsevier-Masson.

Vilain A., Niel X. et Pennec S. (2000). « Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020 », Drees, *Études et résultats* n°57, Mars.

WHO (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global Policy Recommendations.

Zurn P., Poz M.R.D., Stilwell B., Adams O. (2004). "Imbalance in the health workforce", *Human resources for health*, n°2, vol. 13.

7. Annexes

7.1. Tableau des indicateurs mobilisés pour les typologies socio-sanitaires

| | Indicateurs mobilisés de manière active | | Indicateurs mobilisés de manière illustrative | |
|---------------------------|--|---|--|---|
| Offre de soins | | | | |
| Espace urbain | <ul style="list-style-type: none"> Evolution du nombre de généralistes libéraux entre 2004 et 2011 Part de généralistes libéraux de plus de 55 ans en 2004 | <ul style="list-style-type: none"> Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (APL) moyenne | <ul style="list-style-type: none"> Densité de spécialistes Densité de lits en MCO Densité de lits en psychiatrie Densité de places en hébergement pour personnes âgées dépendantes (en 2008) | |
| Espace rural | <ul style="list-style-type: none"> Densités en professionnels de santé de premier recours en 2008 (généralistes libéraux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmacies) | | | <ul style="list-style-type: none"> Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (APL) moyenne |
| Population | | | | |
| Espace urbain | <ul style="list-style-type: none"> Structure par âge Taux de croissance annuel moyen Catégories socio-professionnelles Part de bacheliers Part de chômeurs Part de personnes âgées vivant seules Part de familles monoparentales Revenus médians Mortalité prématurée (avant 65 ans) Espérance de vie Mortalité évitable liée au système de soins | | <ul style="list-style-type: none"> Solde migratoire Solde naturel | |
| Espace rural | | | | <ul style="list-style-type: none"> Part de ménages sans voiture |
| Structure spatiale | | | | |
| Espace urbain | <ul style="list-style-type: none"> Distance moyenne pondérée à un pôle de service supérieur | | <ul style="list-style-type: none"> Part de population selon le zonage en aire urbaine de 2010 (ZAU) | <ul style="list-style-type: none"> Part de logements HLM Densité de population |
| Espace rural | | | <ul style="list-style-type: none"> Distance moyenne pondérée à un pôle de service de proximité et intermédiaire | |

7.2. Les six classes de la typologie des bassins de vie à dominante rurale

- **Classe 1. Les bassins de vie à dominante industrielle, principalement du quart nord-ouest de la France, moins dotés que la moyenne en offre de soins de premiers recours, et dont la densité de médecins généralistes diminue. Cette classe compte 333 bassins de vie, soit 24 % des bassins de vie métropolitains et 22 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : les ouvriers sont surreprésentés dans cette classe et dans une moindre mesure les agriculteurs. Les revenus médians sont inférieurs à la moyenne mais le taux de chômage aussi. Le taux de propriétaires est quant à lui légèrement supérieur à la moyenne. Les tranches d'âges des enfants et des jeunes actifs sont légèrement supérieures à la moyenne ainsi que l'Accessibilité potentielle localisée (APL). L'état de santé est plutôt bon avec une espérance de vie moyenne et une mortalité prématurée inférieure à la moyenne. La dynamique démographique est positive mais inférieure à la moyenne avec un solde naturel au-dessus de la moyenne, mais un solde migratoire en dessous.

Offre de soins : d'une manière générale, l'accessibilité aux soins de premiers recours est moindre dans cette classe et elle présente des signes de fragilité : les densités de professionnels de santé de premiers recours et de spécialistes y sont toutes inférieures à la moyenne ainsi que l'APL. L'évolution des effectifs de médecins généralistes est négative, et de manière plus prononcée que la moyenne. Les places en hébergements pour personnes âgées dépendantes rapportées à la population sont quant à elles supérieures à la moyenne.

Structure spatiale : la proportion d'habitants dans des communes multipolarisées est au-dessus de la moyenne. La distance moyenne aux pôles de services supérieurs est inférieure à la moyenne d'une minute.

Les bassins de vie appartenant à cette classe sont principalement situés dans le quart nord-ouest de la France, dans des régions plutôt à dominante agricole comme les Pays-de-la-Loire, la Bretagne, la Basse-Normandie ou le Centre.

Les bassins de vie les plus représentatifs (parangons) de cette classe sont Torigny-sur-Vire (50601), Amplepuis (69006), Château-du-Loir (72071), Fauville-en-Caux (76258) et Nogent (52353).

- **Classe 2. Les bassins de vie majoritairement du quart nord-est de la France, défavorisés d'un point de vue socio-économique et sanitaire, et dont l'offre de généralistes libéraux est moindre, vieillissante et en baisse. Cette classe compte 264 bassins de vie, soit 19 % des bassins de vie métropolitains et 23 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : les indicateurs défavorables concernant le niveau socio-économique ou l'état de santé ressortent significativement dans cette classe. Concernant les catégories socio-professionnelles (CSP), les proportions d'ouvriers et d'employés sont plus fortes. La proportion de chômeurs est également plus élevée et le revenu médian est plus faible que la moyenne. La mortalité prématurée et la mortalité évitable liée au système

de soins sont également nettement plus élevées que la moyenne. La tranche d'âges des jeunes (15-24 ans) est légèrement surreprésentée. Le taux de croissance annuel moyen de la population est positif mais très en-deçà de la moyenne, plus alimenté par le solde migratoire que par le solde naturel en moyenne.

Offre de soins : l'accessibilité aux soins est moins bonne dans ces espaces, avec en plus une offre qui se fragilise. En effet, ces espaces ont une part de médecins généralistes âgés de plus de 55 ans plus importante que la moyenne (4 points). Ces espaces connaissent également une érosion plus prononcée de leur offre de médecins généralistes depuis 2004 et ont une densité plus faible de professionnels de santé de premiers recours. Cependant, ils sont plutôt bien dotés en spécialistes et en lits de psychiatrie.

Structure spatiale : la proportion de population vivant dans les moyens et petites pôles urbains est plus importante que la moyenne ainsi que la part de population vivant dans des communes multipolarisées des grandes aires urbaines. Ces espaces sont moins éloignés des pôles de services supérieurs avec une distance moyenne inférieure à la moyenne de deux minutes.

Cette classe de bassin de vie est majoritairement située dans le quart nord-est de la France et aussi dans les territoires ruraux du centre de la France.

Les bassins de vie les plus représentatifs de cette classe sont Issoudun (36088), Péronne (80620), Saint-Pol-sur-Ternoise (62767), Piennes (54425), et Morhange (57483).

- **Classe 3. Les bassins de vie de l'espace rural profond, au solde naturel déficitaire, éloignés des services, dont la population est plus âgée et plutôt en moins bonne santé. Ils sont assez bien dotés en offre de premiers recours mais leur offre de généralistes libéraux est vieillissante et en baisse. Cette classe compte 206 bassins de vie, soit 14 % des bassins de vie métropolitains, mais 10 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : la population y est nettement plus âgée que la moyenne, les tranches d'âges de plus de 55 ans distinguent très fortement cette classe ainsi que la part d'agriculteurs et dans une moindre mesure, les artisans. De plus, ces espaces ont une mortalité prématurée plus prononcée que la moyenne et une espérance de vie légèrement inférieure, ces deux indicateurs reflétant un plus grand besoin de soins. A cela on peut ajouter une plus grande précarité, avec des revenus médians nettement inférieurs à la moyenne, mais une part plus forte de propriétaires. La dynamique démographique de ces espaces est beaucoup moins forte que la moyenne mais reste positive, avec cependant un solde naturel négatif.

Offre de soins de premiers recours : la densité de médecins généralistes est plus forte que la moyenne, mais ces espaces connaissent une érosion importante de l'offre depuis 2004, avec de surcroît une part importante de médecins généralistes âgés de plus de 55 ans, et une APL moindre. Les densités de pharmacies et d'infirmiers sont supérieures à la moyenne ainsi que les places en hébergement pour personnes âgées, tandis que les densités de spécialistes, de lits MCO et de psychiatrie sont inférieures.

Structure spatiale : la part de population vivant dans une commune isolée hors influence des pôles est significativement au-dessus de la moyenne (60 %) et la distance moyenne pondérée aux pôles de services supérieurs y est plus importante (28 minutes

contre 22), ainsi que pour les pôles de services intermédiaires et de proximité. Ces espaces ont un indice de centralité des services de proximité inférieur à la moyenne, reflétant une plus grande dispersion de ces services dans le bassin de vie.

Cette classe correspond à l'espace rural profond, plus éloigné des grandes villes. Ces espaces sont majoritairement représentés dans la « diagonale du vide » : en Bourgogne (Morvan), dans le Limousin (PNR de Millevaches), en Auvergne (PNR des volcans d'Auvergne), ou dans le Périgord. Ces espaces se retrouvent aussi dans le Finistère (Monts d'Arrée, Montagne Noire) ou dans l'Orne (Le Perche). Les maisons de santé de Moulins-Engilbert et Montsauche-les-Settons (Nièvre), de Champlitte (Haute-Saône), ou encore le pôle de santé de Mauléon (Pyrénées-Atlantiques) sont situés dans ces espaces.

Les bassins de vie les plus représentatifs de cette classe sont Rochechouart (87126), La Souterraine (23176), Eauze (32119), Saint-Yrieix-la-Perche (87187) et Brantome (24064).

- **Classe 4. Les bassins de vie essentiellement du sud de la France ou des littoraux, attractifs pour les populations. Abrisant plus de populations plus fragiles (chômeurs, personnes âgées), ils sont bien dotés en offre de soins de premiers recours, mais plus éloignés des services. Cette classe compte 207 bassins de vie, soit 14 % des bassins de vie métropolitains et 14 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : les tranches d'âges qui distinguent cette classe sont celles des plus de 55 ans. La part d'artisans se distingue significativement dans cette classe et dans une moindre mesure la part d'employés. Le niveau d'éducation est légèrement plus élevé que la moyenne. La dynamique démographique de ces espaces est positive, au-dessus de la moyenne, et principalement soutenue par le solde migratoire, signe d'un attrait certain pour ces espaces. Le solde naturel y est en moyenne négatif. Cependant, ces espaces ont certains marqueurs défavorables qui ressortent comme une plus forte proportion de chômeurs, des revenus moindres, et une mortalité prématurée légèrement supérieure à la moyenne.

Offre de soins : les densités de professionnels de santé de premiers recours et de seconds recours sont bien au-dessus de la moyenne ainsi que l'APL et la densité de lits MCO ou de psychiatrie. L'évolution de l'offre de soins y est cependant négative, légèrement plus que la moyenne.

Structure spatiale : la distance moyenne pondérée aux pôles de services supérieurs y est plus importante (26 minutes contre 22) et la concentration des services de proximité plus forte. La part de population vivant dans une commune isolée hors influence des pôles est plus forte (24 %), de même que celle de la population vivant dans les petites aires urbaines (17 %) et les moyennes aires urbaines (11 %).

Ces bassins se situent principalement dans le sud de la France : sur le pourtour méditerranéen, les reliefs (Pyrénées et Alpes du Sud) ainsi que sur le littoral atlantique, espaces saisonniers par excellence. Les pôles de santé du Pays Marennes Oléron, la maison de santé Les Vans Station médicale Léopold Allier (Ardèche) et la maison de santé d'Aspet (Haute-Garonne) sont situés dans ces types de bassins de vie.

Les bassins de vie les plus représentatifs de cette classe sont Apt (84003), Soustons (40310), Die (26113), Bagnères-de-Bigorre (65059) et Veynes (05179).

- **Classe 5. Les bassins de vie en périphérie des grandes agglomérations, plutôt aisés, dont la population est plus jeune, attractifs pour les populations et les médecins généralistes, mais moins dotés en offre de soins. Cette classe compte 297 bassins de vie, soit 21 % des bassins de vie métropolitains et 23 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : ces espaces connaissent la dynamique démographique la plus vive (1,6 % en moyenne par an), principalement alimentée par le solde migratoire mais aussi par le solde naturel, tous deux supérieurs à la moyenne. Les tranches d'âges surreprésentées sont celles des jeunes actifs et des enfants. Les bacheliers, cadres, professions intermédiaires sont plus présents que la moyenne et les revenus médians légèrement plus élevés. Le taux de chômage est inférieur à la moyenne. L'état de santé des populations y est meilleur avec des mortalités prématurées et évitables en dessous des moyennes observées et une meilleure espérance de vie.

Offre de soins : l'évolution des effectifs de médecins est très forte et va donc dans le sens de la dynamique démographique de la population. Cependant, les densités de généralistes, infirmiers, pharmacies et spécialistes sont inférieures à la moyenne, ainsi que les densités de lits en MCO, ou en hébergement pour personnes âgées. L'APL aux médecins généralistes est malgré tout légèrement supérieure.

Structure spatiale : la proportion d'habitants en couronne périurbaine des grands pôles urbains distingue significativement cette classe (66 % en moyenne) et, dans une moindre mesure, celle des habitants dans les communes multipolarisées (18 %). Ces bassins sont principalement situés autour des bassins de vie des grands pôles urbains et sont aussi moins éloignés des pôles de services supérieurs, mais également des autres pôles de services.

Les maisons de santé de Baume-les-Dames, Amancey (Doubs), de Magny-en-Vexin (Val d'Oise), Woerth (Bas-Rhin), la maison médicale du Valromey (Ain), Bécon-les-Granits (Maine-et-Loire), par exemple, appartiennent à cette classe.

Les bassins de vie les plus représentatifs de cette classe sont Azay-le-Rideau (37014), Chatillon-sur-Chalaronne (01093), Plabennec (29160), Yenne (73330) et Genlis (21292).

- **Classe 6. Les bassins de vie en périphérie des plus grandes villes françaises, très favorisés aux plans socio-économique et sanitaire, mais légèrement moins dotés en offre de soins de premiers recours. Cette classe compte 109 bassins de vie, soit 8 % des bassins de vie de France métropolitaine, et 8 % de la population de l'espace à dominante rurale.**

Population : les indicateurs favorables ressortent significativement dans cette classe. D'un point de vue socio-économique, les proportions de cadres, de bacheliers, de professions intermédiaires, et les revenus médians sont très au-dessus de la moyenne. La mortalité prématurée et le taux de chômage sont à l'inverse très en dessous de la moyenne. Les tranches d'âges des actifs et des enfants sont plus représentées que la

moyenne. La dynamique démographique, excédentaire, repose davantage sur le solde migratoire que naturel.

Offre de soins : l'APL est légèrement inférieure à la moyenne ainsi que les densités de médecins généralistes, de pharmacies et d'infirmiers. Néanmoins, les densités de spécialistes de type 1 et de masseurs-kinésithérapeutes sont supérieures à la moyenne. La part de médecins généralistes de plus de 55 ans est inférieure à la moyenne.

Structure spatiale : la proportion d'habitants en couronne périurbaine distingue significativement cette classe (82 % en moyenne), la distance moyenne aux pôles de services supérieurs est inférieure à la moyenne.

Ces bassins de vie sont principalement situés dans les périphéries des plus grandes agglomérations françaises comme Paris, Lyon, Marseille-Aix, Toulouse, Lille, Strasbourg, Grenoble ou Rennes.

Les bassins de vie les plus représentatifs de cette classe sont Douvres-la-Déivrande (14228), Etrechy (91226), Ballancourt-sur-Essonne (91045), Le Rheu (35240), et Wavrin (59653).

7.3. Les sept classes de la typologie des pseudo-cantons de l'espace à dominante urbaine

- **Classe 1. Les pseudo-cantons des périphéries des petites villes ou de la deuxième couronne des grandes villes. Attractifs pour les populations et les médecins généralistes, ils sont en revanche moins dotés en professionnels de premiers recours. Cette classe compte 538 pseudo-cantons, soit 25 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 9 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : les tranches d'âges surreprésentées sont celles des 35-54 ans et des 0-15 ans. La part de propriétaires y est plus élevée, et les catégories socioprofessionnelles surreprésentées, mais de manière modérée, sont les ouvriers et professions intermédiaires. L'espérance de vie y est supérieure à la moyenne et la dynamique démographique vive, notamment portée par le solde migratoire.

Offre de soins : ces espaces sont sous-dotés concernant l'offre de soins, aussi bien pour les premiers recours que pour l'offre spécialisée. Cependant, ces espaces gagnent des médecins généralistes depuis 2004.

Structure spatiale : ces espaces sont principalement des communes périurbaines ou multipolarisées et plus éloignées des services que les autres espaces. Ils correspondent aux périphéries des petites villes ou à la deuxième couronne des grandes villes.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Roussillon (3824), Vermand (0233), Serrières (0722), Availles-Limouzine (8531) et Chalon-sur-Saône (7107).

- **Classe 2. Les pseudo-cantons des marges des espaces à dominante urbaine, plutôt agricoles et industriels. Leur population est plus âgée, l'offre de médecins généralistes moindre et vieillissante, et ils sont plus éloignés des ser-**

vices. Cette classe compte 322 pseudo-cantons, soit 15 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 2 % de la population de l'espace à dominante urbaine.

Population : la part d'ouvriers et d'agriculteurs ainsi que les tranches d'âges de plus de 55 ans se distinguent positivement par rapport à la moyenne. D'un point de vue socio-économique, les revenus médians sont en dessous de la moyenne mais le taux de chômage est inférieur et la proportion de propriétaires supérieure. Ces espaces gagnent légèrement moins de population que la moyenne, avec aussi une part plus forte due au solde migratoire mais un solde naturel déficitaire. L'état de santé y est légèrement défavorable avec des mortalités prématurées et évitables légèrement supérieures, et une espérance de vie inférieure.

Offre de soins : la part de médecins généralistes de plus de 55 ans est au-dessus de la moyenne, proche de 50 % dans ces espaces (en moyenne). L'APL est inférieure à la moyenne, et la densité de professionnels de premiers recours aussi, sauf pour les infirmiers et les pharmacies qui sont dans la moyenne. L'offre de soins spécialisée (spécialistes, lits MCO) est moins abondante.

Structure spatiale : les proportions d'habitants en communes isolées ou multipolarisées sont supérieures à la moyenne. Ces espaces ont une distance moyenne plus élevée aux services supérieurs. La densité de population y est très inférieure à la moyenne. Ces espaces correspondent aux marges des espaces urbains qui chevauchent l'espace à dominante rurale. Ils sont principalement situés dans les espaces agricoles et industriels comme la « diagonale du vide » ou encore la Bretagne et la Normandie.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Tournon d'Agenais (4733), Beaufort (3903), Vergt (2443), Montrésor (3715) et Marchenoir (4108).

- **Classe 3. Les pseudo-cantons urbains et périurbains du sud de la France. Ils sont mixtes socialement, bien dotés en professionnels de premier recours et attractifs pour les populations et les généralistes libéraux. Cette classe compte 218 pseudo-cantons, soit 10 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 6 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : les tranches d'âges des plus de 55 ans sont surreprésentées, les artisans aussi et dans une moindre mesure les employés et agriculteurs. La dynamique démographique y est soutenue. Certaines populations fragiles sont légèrement surreprésentées (chômeurs, familles monoparentales, employés).

Offre de soins : les densités en professionnels de premiers recours sont très favorables et ces espaces gagnent des médecins généralistes.

Structure spatiale : bien que principalement urbaine ou périurbaine, une partie de la population est surreprésentée dans les communes isolées (16 % contre 6 %). De plus, ces espaces sont en moyenne plus éloignés des services. Ils sont principalement situés dans le sud de la France, sur le pourtour méditerranéen, sur le littoral atlantique, ou de manière éparse dans le Midi.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Luy (8337), Coursan (1114), Capestang (3406), Cote-Radieuse (6627) et Les Sables d'Olonne (8524).

- **Classe 4. Les pseudo-cantons plutôt aisés, urbains et périurbains, des grandes agglomérations françaises. Attractifs pour les populations et les médecins généralistes, ils sont bien dotés en professionnels de premiers recours. Cette classe compte 416 pseudo-cantons, soit 19 % des pseudo-cantons métropolitains, et 20 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : les tranches d'âges qui se distinguent sont celles des actifs (35-54 ans) et des 5-14 ans. Le niveau de vie est plus élevé avec des revenus médians en moyenne supérieurs, ainsi qu'une part plus importante de propriétaires et moins de ménages sans voiture. Parmi les catégories socioprofessionnelles, les professions intermédiaires sont surreprésentées significativement et les cadres dans une moindre mesure. La dynamique démographique, positive, est soutenue par le solde migratoire et le solde naturel. L'état de santé est plutôt bon avec une meilleure espérance de vie moyenne.

Offre de soins : les densités de professionnels de santé de premiers recours sont plus élevées, ainsi que les densités de spécialistes, et l'APL au médecin généraliste. L'évolution des densités de généralistes est cependant très favorable et largement supérieure à la moyenne.

Structure spatiale : la part de population vivant dans des couronnes périurbaines est supérieure à la moyenne. Ces espaces ont une distance moyenne aux pôles de services plus faible. De plus, ces espaces ont un parc HLM ainsi qu'une densité de population moindre que la moyenne.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Irigny (6948), Goncelin (3810), Saint Peray (0719), Meyzieu (6937) et Blanquefort (3306).

- **Classe 5. Les pseudo-cantons limitrophes des grandes agglomérations françaises, très favorisés aux plans socio-économiques et sanitaires, dont l'offre de soins est abondante. Cette classe compte 117 pseudo-cantons, soit 5 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 15 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : les indicateurs favorables ressortent significativement dans cette classe. Sur le plan socio-économique, la part de cadres, de bacheliers, de professions intermédiaires et les revenus médians sont au-dessus de la moyenne. Les tranches d'âges des 15-44 ans sont plus représentées que la moyenne. L'évolution de la population, moins vive que la moyenne, est principalement soutenue par le solde naturel. L'état de santé est plutôt bon avec une meilleure espérance de vie et une mortalité prématurée inférieure à la moyenne.

Offre de soins : les densités de masseurs-kinésithérapeutes, de spécialistes, de généralistes et de pharmacies sont supérieures à la moyenne, ainsi que les densités de lits MCO et en psychiatrie. En revanche, l'APL est légèrement en dessous de la moyenne, le nombre de médecins généralistes connaît une diminution entre 2004 et 2011, et la densité d'infirmiers est moindre.

Structure spatiale : la densité de population dans ces espaces est très au-dessus de la moyenne (4 570 hab/km²). La population est quasi exclusivement localisée dans les pôles urbains (92 % en moyenne). Ces espaces sont ainsi plus près en moyennes de tous les niveaux de pôles d'équipements.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Saint-Maur-des-fossés (9497), Perreux-sur-Marne (9421), Antony (9287), Clamart (9290) et Palaiseau (9122).

- **Classe 6. Les pseudo-cantons à dominante industrielle principalement du nord et de l'est de la France et des villes portuaires. L'état de santé de leurs populations est plus dégradé, et l'offre de médecins généralistes est bonne mais en diminution. Cette classe compte 273 pseudo-cantons, soit 12 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 9 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : la part d'ouvriers se distingue significativement dans cette classe (32 % contre 24 % en moyenne). Dans une moindre mesure, les agriculteurs sont surreprésentés. Le niveau de vie est hétérogène avec un revenu médian moyen moindre, un taux de chômage plus important mais une part moyenne de propriétaires. L'état de santé est moins bon avec des mortalités prématurées et évitables supérieures à la moyenne. La dynamique démographique est positive mais inférieure à la moyenne.

Offre de soins : Les indicateurs concernant l'offre de soins sont mitigés sur plusieurs points. L'APL est certes légèrement supérieure à la moyenne, comme les densités de pharmacies et de médecins généralistes, mais les densités de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers et l'offre spécialisée sont inférieures (spécialistes, lits MCO). La part de médecins généralistes de plus de 55 ans est très proche de la moyenne. Néanmoins, ces espaces perdent en moyenne des généralistes entre 2004 et 2011.

Structure spatiale : les parts d'habitants en communes multipolarisées sont très surreprésentées, et dans une moindre mesure celles des habitants en petites aires urbaines et communes isolées. Ces espaces sont aussi en moyenne plus éloignés des pôles de services, quel que soit le niveau d'équipement retenu. Ces espaces sont principalement situés dans le nord et l'est de la France, ou dans les villes portuaires (Dunkerque, Le Havre).

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Chatel-sur-Moselle (8806), Eu (7619), Pougues les Eaux (5817), Béthune (6212) et Saint-Pol-sur-Ternoise (6243).

- **Classe 7. Les pseudo-cantons de grandes villes dont les caractéristiques socio-économiques des populations sont très hétérogènes, mais qui sont très bien dotés en offre de soins. Cette classe compte 305 pseudo-cantons, soit 14 % des pseudo-cantons métropolitains, mais 40 % de la population de l'espace à dominante urbaine.**

Population : les indicateurs défavorables ressortent dans cette classe. Les populations fragiles (chômeurs, familles monoparentales, personnes âgées vivant seules, ménages sans voiture) sont surreprésentées, ainsi que les employés. Cependant, les cadres et les professions intermédiaires sont légèrement surreprésentés. Les revenus médians sont très inférieurs à la moyenne, ainsi que les propriétaires, et dans une moindre mesure la part de bacheliers. Les tranches d'âges qui se distinguent par rapport à la moyenne sont les 15-34 ans mais aussi, dans une moindre mesure, les plus de 75 ans. L'état de santé y est moins bon avec une mortalité prématurée et une mortalité évitable bien supé-

rieures à la moyenne. Ces espaces connaissent en moyenne une quasi-stagnation de leur population entre 1999 et 2009. La dynamique démographique est en moyenne soutenue principalement par le solde naturel, le solde migratoire étant en moyenne déficitaire.

Offre de soins : L'offre de soins dans ces espaces est relativement abondante. L'APL est bien au-dessus de la moyenne, ainsi que les densités de généralistes, de spécialistes, et de masseurs-kinésithérapeutes. Mais ces espaces perdent des médecins depuis 2004 de manière plus prononcée.

Structure spatiale : comme pour la classe précédente, la densité de population dans ces espaces est très au-dessus de la moyenne et la population est quasi exclusivement localisée dans les pôles urbains (98 % en moyenne). Ces espaces correspondent principalement aux grandes villes françaises.

Les pseudo-cantons les plus représentatifs de cette classe sont Roma-sur-Isère (2697), Châteauroux (3698), Colmar (6898), Saint-Nazaire (4498) et Villefranche-sur-Saône (6932).

Table des illustrations

Liste des cartes

| | | |
|-----------------|--|----|
| Carte 1. | Bassins de vie selon leur dominante urbaine ou rurale..... | 14 |
| Carte 2. | Maisons de santé recensées en fonctionnement au 1 ^{er} janvier 2013 selon le type d'espace | 17 |
| Carte 3. | Typologie socio-sanitaire des bassins de vie à dominante rurale | 21 |
| Carte 4. | Typologie socio-sanitaire des pseudo-cantons des espaces à dominante urbaine..... | 24 |

Liste des tableaux

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tableau 1. | L'analyse de l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les zones avec et sans maisons de santé..... | 18 |
| Tableau 2. | Valeurs moyennes des principales variables de la typologie au sein des différentes classes de bassins de vie à dominante rurale..... | 20 |
| Tableau 3. | Valeurs moyennes des principales variables de la typologie au sein des différentes classes de pseudo-cantons..... | 23 |
| Tableau 4. | Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des bassins de vie, comparativement aux médecins généralistes et à la population..... | 26 |
| Tableau 5. | Répartition des communes avec des maisons de santé au sein des classes issues de la typologie des pseudo- cantons, comparativement aux médecins généralistes et à la population..... | 27 |
| Tableau 6. | Les densités de médecins généralistes 2004 <i>versus</i> 2011 dans les bassins de vie | 29 |
| Tableau 7. | Les évolutions des densités de médecins généralistes 2004-2008 <i>versus</i> 2008-2011 dans les bassins de vie | 30 |
| Tableau 8. | Les densités de médecins généralistes 2004 <i>versus</i> 2011 dans les pseudo-cantons | 31 |
| Tableau 9. | Les évolutions de densités de médecins généralistes 2004-2008 <i>versus</i> 2008-2011 dans les pseudo-cantons | 32 |

Documents de travail de l'Irdes

- **Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE** / Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 52bis, avril 2013.
- **Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A** / Or Z., Bonastre J., Journeau F., Nestrigue C.
Irdes, Document de travail n° 56, avril 2013.
- **Discrimination salariale selon l'état de santé en France** / Ben Halima M. A., Rococo E.
Irdes, Document de travail n° 55, mars 2013.
- **Deductibles and the Demand for Prescription Drugs: Evidence from French Data** / Kambia-Chopin B, Perronnin M.
Irdes, Document de travail n° 54, février 2013.
- **Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?** / Or Z., Häkkinen U.
Irdes, Document de travail n° 53, décembre 2012.
- **On the Socio-Economic Determinants of Frailty: Findings from Panel and Retrospective Data from SHARE** / Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 52, décembre 2012.
- **L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France** / Barlet M., Coldefy L., Collin C., Lucas-Gabrielli V.
Irdes, Document de travail n° 51, décembre 2012.
- **Sick Leaves: Understanding Disparities Between French Departments** / Ben Halima M A., Debrand T., Regaert C.
Irdes, Document de travail n° 50, octobre 2012.
- **Entry Time Effects and Follow-on Drugs Competition** / Andrade L. F.
Irdes, Document de travail n° 49, juin 2012.
- **Active Ageing Beyond the Labour Market: Evidence on Work Environment Motivations** / Pollak C. , Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 48, mai 2012.
- **Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé** / Dourgnon P. , Jusot F. , Fantin R.
Irdes, Document de travail n° 47, avril 2012.
- **Cross-Country Performance in Social Integration of Older Migrants. A European Perspective** / Berchet C., Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 46, mars 2012.
- **Employed and Happy despite Weak Health? Labour Market Participation and Job Quality of Older Workers with Disabilities** / Pollak C.
Irdes, Document de travail n° 45, mars 2012.
- **Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France** / Nestrigue C., Or Z.
Irdes, Document de travail n° 44, février 2012.
- **Déterminants de l'écart de prix entre médicaments similaires et le premier entrant d'une classe thérapeutique** / Sorasith C., Pichetti S., Cartier T., Célant N., Bergua L., Sermet C.
Irdes, Document de travail n° 43, Février 2012.
- **Durée d'arrêt de travail, salaire et Assurance maladie : application microéconométrique à partir de la base Hygie** / Ben Halima M.A., Debrand T.
Irdes, Document de travail n° 42, septembre 2011.
- **L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé** / Debrand T.
Irdes, Document de travail n° 41, mars 2011.
- **Social Capital and Health of Olders Europeans From Reverse Causality to Health Inequalities** / Sirven N., Debrand T.
Irdes, Document de travail n° 40, février 2011.
- **Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales** / Ben Halima M.A., Debrand T., Regaert C.
Irdes, Document de travail n° 39, février 2011.

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie** / Coldefy M., Nestrigue C., Or Z.
Irdes, Rapports n° 1886, novembre 2012.
- **L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009** / Perronnin M., Pierre A., Rochereau T.
Irdes, Rapport n° 1890, juillet 2012, 200 pages, 30 €.
- **Enquête sur la santé et la protection sociale 2010** / Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T.
Irdes, Rapport n° 1886, juillet 2012, 226 pages, 30 €.
- **L'enquête SHARE : bilan et perspectives. Actes du séminaire organisé par l'Irdes à Paris au ministère de la Recherche le 17 mai 2011** / Irdes, Rapport n° 1848. 54 pages. Prix : 15 €.

Questions d'économie de la santé

- **L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération** / Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. en collaboration avec Couralet P.-E. et Chevillard G.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 189, juillet-août 2013.
- **Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? Une revue de la littérature** / Fontaine R.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 188, juin 2013.
- **La diffusion des nouveaux antidiabétiques : une comparaison internationale** / Pichetti S., Sermet C., Van der Erf S.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 187, mai 2013.

Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France

Maisons and pôles de santé : places and impacts in territorial dynamics of health care delivery in France

Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Véronique Lucas-Gabrielli, Yann Bourgueil, Stéphane Rican, Gérard Salem

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Deux typologies ont été réalisées, qui distinguent les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale, permettant une analyse spécifique de ceux-ci. Ces typologies décrivent les espaces d'implantation des maisons et pôles de santé selon les caractéristiques de la population, de l'offre de soins et de la structure spatiale de ceux-ci. Ces typologies permettent, dans un second temps, d'analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces, selon qu'ils abritent ou non des maisons et pôles de santé. Les premiers résultats montrent que ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes.

In France, for about ten years, the government is encouraging the development of multi-disciplinary group practice in primary care, particularly with the structures maisons de santé and pôles de santé (health centers). These organizations are primarily intended to maintain or enhance the provision of care in fragile areas. This study describes the areas in which are located the maisons and pôles de santé, and analyzes the evolution of density of GPs in these areas. Two typologies were established, that distinguish the predominantly urban areas and the predominantly rural, allowing a specific analysis of the last-mentioned. These typologies describe the areas of implementation of the maisons and pôles de santé, according to the characteristics of their population, healthcare supply and spatial structure. In a second step, the typologies permit analyzing the evolution of density of GPs in these areas, depending on whether they include or not maisons and pôles de santé. Preliminary results show that these structures are mainly located in predominantly rural areas, more vulnerable in terms of health care supply, suggesting a logic of implementation that meets the objective of maintaining care supply where healthcare needs are important. There is a smaller decrease in the density of GPs between 2008 and 2011 in these areas, compared to the same type of areas which do not include maisons and pôles de santé. In predominantly urban areas, in which these structures are less present, the logic of implementation also suggests a sense of balancing of primary care supply, in favour of underresourced periurban areas. In addition, there is a more favorable evolution of the density of GPs.