



HAL
open science

Accessibilité aux médecins généralistes en France

Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli

► **To cite this version:**

Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli. Accessibilité aux médecins généralistes en France : Les méandres de la construction des zones sous-dotées. CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories, Collège international des sciences territoriales (CIST), Mar 2018, Rouen, France. pp.101-106. hal-01854414

HAL Id: hal-01854414

<https://hal.science/hal-01854414>

Submitted on 6 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accessibilité aux médecins généralistes en France

Les méandres de la construction des zones sous-dotées

AUTEUR.E.S

Guillaume CHEVILLARD, Véronique LUCAS-GABRIELLI

RÉSUMÉ

Face à l'inégale répartition géographique des médecins, les pouvoirs publics ont défini depuis 2005 des zones sous-dotées pour y déployer des mesures permettant d'attirer et de maintenir ces professionnels de santé. La définition de ces zones s'est complexifiée au fur et à mesure que les dispositifs s'étoffaient et que de nouveaux acteurs s'emparaient de cette question (collectivités territoriales, État, Assurance maladie). L'objectif est ici de montrer comment la montée en puissance d'une politique publique conduit, de par la multiplicité des acteurs et des territoires afférents mobilisés, à en réduire la portée. Nous nous appuyons dans cette communication sur l'historique de la définition des zones sous-dotées en médecins généralistes libéraux en France. L'enchevêtrement des zonages et dispositifs qui en résulte réduit la lisibilité de la politique auprès des médecins concernés et pose ainsi la question de son efficacité.

MOTS CLÉS

Médecin généraliste, évaluation, politique publique, territorialisation, zones sous-dotées

ABSTRACT

Facing geographical imbalances in primary care, French authorities have been defining under-served areas since 2005. They are used to implement several measures to attract and retain general practitioners (GPs). During this period, 4 waves of under-served areas were determined and new measures were deployed by different public authorities (local authorities, state, national health insurance). We aim to show how the succession of these different waves of areas and the intervention of numerous actors can lead to reduce the efficiency of a policy. To illustrate this point, we analyse the history of the definition of under-served areas in GPS in France. The presentation highlights that the mix of different areas and of different measures could diminish the visibility of the policy with GPs. This also raises the question of the effectiveness of this policy to attract and retain GPs in under-served areas.

KEYWORDS

General practitioner, evaluation, public policy, territorialisation, underserved areas

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, l'expression de « déserts médicaux » a progressivement été popularisée pour décrire des territoires sous-dotés en offre de soins. Cette situation résulte d'inégalités géographiques anciennes, d'une diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux et de nouvelles aspirations des jeunes médecins. Les pouvoirs publics ont réagi en proposant, depuis 2005, des mesures pour attirer et maintenir des médecins dans les zones sous-dotées qui se sont progressivement mises en place au fil des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Dans l'esprit des travaux publiés sur la territorialisation des politiques de santé en France (Amat-Roze, 2010 ; Eliot *et al.*, 2017), cette présentation aborde la question de l'organisation

territoriale des soins de premier recours en proposant une lecture historique de la définition des zones sous-dotées en médecins en France. Il s'agit de mettre en perspective les zonages utilisés et les dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien de médecins qui s'y rapportent pour en discuter la cohérence. Pour ce faire, nous analysons les définitions de 4 générations de ces zones à partir de la littérature grise et des textes officiels.

1. LE CONTEXTE FRANÇAIS

1.1. Une lente territorialisation des politiques de santé

La définition de zones sous-dotées s'inscrit dans un mouvement plus ancien de territorialisation du système de santé (Amat-Roze, 2010 ; Eliot *et al.*, 2017). Celui-ci débute dans les années 70 par la mise en place de la carte sanitaire, puis se déploie dans les années 90 avec la régionalisation de la politique sanitaire et comme point d'orgue la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010. Entre temps, les territoires de santé ont été établis dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Ils visent à organiser l'offre de soins, principalement hospitalière, à un niveau infra-régional.

Les zones sous-dotées sont définies dans ces SROS, dans un volet spécifique dédié à l'offre de soins ambulatoire, afin de réduire les inégalités géographiques qui sont surtout présentes au niveau infra-régional (Barlet & Collin, 2009) et touchent principalement les espaces ruraux (Vergier & Chapput, 2017). Ces inégalités, dont on connaît l'ancienneté, sont renforcées par les dynamiques démographiques (baisse des effectifs, féminisation) et sociologiques récentes des médecins généralistes : attrait pour le salariat ou l'exercice regroupé, volonté d'équilibrer vie professionnelle et vie privée (DREES, 2016). Ces éléments favorisent l'installation dans les grandes villes au détriment de zones moins attractives et déjà sous-dotées.

1.2. Les mesures pour attirer et maintenir des médecins dans les zones sous-dotées émanent de plusieurs acteurs

Pour faire face à cette situation, les pouvoirs publics (État, collectivités territoriales et Assurance maladie) ont mis en œuvre progressivement depuis 2005 des mesures incitatives financières (exonérations fiscales, bourses d'étude, majorations d'honoraires) pour attirer et maintenir des médecins dans les zones déficitaires. Un rééquilibrage s'est progressivement opéré vers des dispositifs d'amélioration des conditions d'exercice (notamment en favorisant le regroupement des médecins sous forme de maison de santé) et concernent maintenant les différents moments de la carrière des médecins : formation, installation, exercice.

L'organisation bicéphale du système de santé entre l'État (formation, régulation, aides) et l'Assurance maladie (conventionnement avec les médecins) est une spécificité française qui rejait sur la définition des zones sous-dotées et participe à complexifier leur lecture.

2. HISTORIQUE DES ZONES SOUS-DOTÉES :

VERS UNE UNIFORMISATION DES ZONAGES ET UNE ARTICULATION PROGRESSIVE AVEC LES DISPOSITIFS D'AIDE À L'INSTALLATION ET AU MAINTIEN DES MÉDECINS

La définition des zones sous-dotées et sur-dotées est une problématique commune à plusieurs pays, souvent de façon bien plus ancienne qu'en France (ONDPS, 2016). Ces zones ont généralement pour objectif de rééquilibrer l'offre de soins de médecine générale soit en limitant l'installation dans les zones sur-dotées soit en incitant à s'installer dans les zones sous-dotées.

2.1. De 1999 à 2005 : ébauches de zones déficitaires sans dispositifs associés

La notion de zone déficitaire apparaît dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 1999 où il est prévu qu'un fond puisse « contribuer au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones [...] où est constaté un déficit en matière d'offre de soins ». En 2003, le rapport Descours propose une cartographie pionnière des zones déficitaires à partir des cantons dont la densité est inférieure à 3 médecins généralistes pour 5 000 habitants. La définition des zones déficitaires fut ensuite chaotique. Un décret du 28 novembre 2003, abrogé un an plus tard, définira les zones déficitaires principalement à partir des critères de densité. Puis, une circulaire du 26 mars 2004, non publiée au JO, fixera de nouveaux critères.

Il faut attendre les travaux de l'observatoire de la démographie des professions de santé de 2004 (ONDPS) pour que les zones déficitaires se stabilisent en caractérisant les cantons les moins bien dotés en médecins généralistes à partir d'indicateurs de densité, d'activité et de consommation de soins. Ce travail national a servi d'étalon aux observatoires régionaux pour définir au niveau régional leurs zones déficitaires en partenariat avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et l'État.

2.2. De 2005 à 2011 : co-construction nationale des zones déficitaires ajustée localement par les MRS, avec en parallèle des zones prioritaires d'aménagement du territoire

Depuis 2005, des dispositifs incitatifs ont été mis en œuvre par l'État et les collectivités territoriales pour attirer des médecins dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) puis les zones franches urbaines (ZFU).

Mais en parallèle, de 2005 à 2011, des zones déficitaires en médecins sont définies au niveau national par l'Assurance maladie et servent de socle de réflexion pour les missions régionales de santé (MRS) tout juste créées par la loi du 13 août 2004 dans le cadre de la régionalisation des institutions de santé. Pour construire ces zones, les régions ont une méthodologie libre avec pour cadre des recommandations nationales sur le zonage et les critères (DHOS, 2005). Les MRS ont ainsi défini 360 zones déficitaires, couvrant 4 % de la population.

La circulaire DHOS de 2008 abroge celle de 2005 et définit de nouvelles zones déficitaires avec un zonage unique, bassins de vie et pseudo-cantons, et les mêmes indicateurs que précédemment. Le principe est identique : une méthodologie nationale puis des adaptations possibles par les MRS, à condition de ne pas augmenter la population dans les zones sous-dotées de plus de 20 % et de les définir en concertation avec les représentants des professionnels de santé de premier recours.

2.3. De 2011 à 2017 : définition régionale des zones sous-dotées, avec toujours une contrainte nationale de population couverte et des recommandations méthodologiques

Fin 2011 puis début 2012, un arrêté et une circulaire précisent la définition des zones fragiles de premier recours ou « zonage pluriprofessionnel ». L'article L 1434-7 du code de la santé publique (CSP) prévoit que « les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le SROS ». Ces zones sont déterminées dans la partie ambulatoire du SROS. À la différence des précédentes

zones, le périmètre est libre mais doit tenir compte d'un découpage reconnu par l'Insee et les indicateurs aussi. La population est plafonnée à 7,34 % de la population nationale avec des différences entre régions dans un objectif d'équité (DGOS, 2012). Ces zones sont le cadre d'application des mesures suivantes : contrat d'engagement de service public (bourse d'étude), option démographie (majorations d'honoraires), exonération fiscale des revenus issus de la permanence des soins.

En 2013, le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) s'ajoute aux dispositifs existants et entraîne la définition de nouvelles zones déficitaires. Le décret du 14 août 2013 relatif au contrat de PTMG, modifie l'article R 1434-4 du CSP complété ainsi : « il indique les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, [...] ». Ces zones peuvent être identiques aux zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L 1434-7 ». Elles sont réalisées par les ARS sur la base d'indicateurs croisés et d'une méthodologie libre. Ces deux références au CSP et ces deux zonages ont pu être à l'origine d'interprétations ou de travaux différenciés de la part des ARS : certaines régions ont fait deux zonages spécifiques, d'autres les ont regroupés.

En parallèle et depuis 2011, d'autres zonages ont été élaborés par l'Assurance maladie pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les dentistes et les orthophonistes (DGOS, 2012). Des accords conventionnels avec ces professions prévoient des restrictions à l'installation en zones sur-dotées et des aides à l'installation en zones sous-dotées. L'existence de zonages propres à chaque profession ajoute là aussi un nouveau degré de complexité dans la lecture de ces dispositifs (tabl. 1). Ces zonages ont toutefois pu être pris en compte par les ARS dans la définition de leurs zonages pluriprofessionnels en additionnant ces diagnostics territoriaux avec ceux des médecins. Cependant, les méthodes varient entre régions et il n'est pas forcément précisé quelles professions ont été prises en compte dans l'élaboration du zonage pluriprofessionnel.

Tableau 1. Récapitulatif de l'historique des zones déficitaires en offre de soins

Nom du zonage	Date	Cible	Zonage	Critères	Élaboré par
Cantons déficitaire	2003	médecins généralistes	Cantons	Densité	
Cantons déficitaire	2004	médecins généralistes	Cantons	Densité/activité/ consommation	ONDPS
Zone déficitaire	2005	médecins généralistes	Choix parmi les découpages reconnus par l'Insee	Densité/activité	État, Assurance maladie, puis adapté par MRS
Zones sous-dotées	2008	médecins généralistes	Bassin de vie et pseudo-canton	Densité/activité	État, Assurance maladie, puis MRS
Zonage pluriprofessionnel ou zones fragiles de PR (art. L 1434-7 CSP)	2012	infirmiers, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, orthophonistes	Choix parmi les découpages reconnus par l'Insee	Densité/activité	Assurance maladie puis ARS
	2012	médecins généralistes	Choix parmi les découpages reconnus par l'Insee (plafond de population)	Libre	ARS
Zones caractérisées par une offre insuffisante (art. R 1434-4 CSP)	2013	médecins généralistes	Libre	Indicateurs croisés	ARS
Zones sous-denses	2017	médecins généralistes	Territoire de vie	APL	DREES puis ARS

2.4. À partir de 2017, une volonté d'uniformiser des zones sous-dotées qui se heurte à la multiplicité des acteurs

Devant la complexité croissante des dispositifs et des zonages correspondant, le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance maladie décident de reconsidérer la manière de cibler les dispositifs en définissant un zonage unique pour leurs actions. Les zones sous-denses définies par les ARS pour la période 2017-2022 marquent ainsi une rupture : le zonage (territoires de vie) et l'indicateur (l'accessibilité potentielle localisée) sont identiques pour toutes les régions (Vergier & Chapput, 2017). Ce recentrage tient compte néanmoins des spécificités régionales puisque les régions disposent d'une marge de manœuvre importante pour compléter les zones fixées nationalement.

Il n'en reste pas moins que d'autres dispositifs similaires demeurent, notamment ceux des collectivités territoriales mis en place dans les années 2000. Les conseils régionaux et les communes se sont aussi saisis de cette question et ont déployé, dans le cadre de leurs compétences générales, leurs propres dispositifs qui sont en concurrence avec l'action des ARS (Barthe & Lima, 2012). Il est d'ailleurs impossible à ce jour de recenser ces dispositifs.

3. DISCUSSION

Nous présentons ici une analyse de la définition des zones déficitaires en médecins généralistes depuis leur mise en œuvre. Elle révèle la complexité de la gestion de dispositifs apparaissant au fil de l'eau et émanant d'acteurs variés. Les collectivités territoriales, malgré l'absence de compétences légales dans l'organisation des soins, sont largement investies dans le système de santé régional aux côtés de l'Assurance maladie et de l'État. Cette implication est d'autant plus forte qu'elles répondent aux sollicitations des citoyens qui sont telles que nombre de maires font de la lutte contre la désertification médicale de leurs territoires une priorité.

Cet historique a été réalisé principalement à partir de textes officiels et de la littérature grise. Or, la complexité de la mise en œuvre de ces zonages nécessite des entretiens complémentaires avec les acteurs locaux (professionnels de santé, élus locaux et population) pour cerner les dynamiques locales dans lesquelles elles s'inscrivent. Par ailleurs, l'étude de l'évolution des zones et des critères utilisés par chaque région n'a pas été réalisée. Une recherche en ce sens permettrait de comprendre comment les régions adaptent les consignes nationales à la prise en compte de leurs spécificités, et ainsi de révéler des faits régionaux.

CONCLUSION

L'historique des zones sous-dotées en médecins montre une addition de zonages émanant de trois principaux acteurs l'État, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Les zones sous-dotées demeurent par ailleurs définies de manière cloisonnée, pour chaque profession, sans cohérence dans les méthodes choisies. Il en résulte une lecture complexe pour les acteurs concernés et plus particulièrement pour le public visé, celui des professionnels de santé. Pour autant, on observe une volonté de simplifier et d'articuler ces zonages avec les dispositifs d'aides à l'installation. En effet les zonages médecins ont évolués de périmètres figés ou libres (canton, bassin de vie, autre) vers un zonage unique pour toutes les régions, le territoire de vie, ayant pour vocation de regrouper toutes les aides. Les régions, *via* les ARS, gardent une marge de manœuvre pour ajuster la définition des zones sous-dotées.

Ces éléments plaident pour une nécessaire articulation et co-construction de l'action publique. Dans un contexte de concurrence d'allocation des fonds étatiques entre acteurs (assurance

maladie, collectivités territoriales, aménagement du territoire), les modes d'action publique doivent se réinventer pour répondre à ces enjeux : définir des zones sous-dotées pertinentes au niveau local en fonction de contraintes de budget fixées nationalement. Des évaluations quantitatives et qualitatives sont ensuite nécessaires, à la fois sur la pertinence des zonages choisis (périmètre, indicateurs) et l'efficacité des mesures associées pour améliorer l'accès aux soins de premier recours.

RÉFÉRENCES

Amat-Roze J.-M., 2011, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, p. 13-32.

Barthe L., Lima S., 2012, « L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites », *Sciences de la société*, n° 86, p. 50-69.

DGOS, 2012, *Instruction n° DGOS/R2/DSS/2012/07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L 1434-7 du code de la santé publique*.

DHOS, 2005, *Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n° 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes*.

DHOS, 2008, *Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM n° 2008-130 du 14 avril 2008 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes*.

DREES, 2016, *Portrait des professionnels de santé*, document de travail.

Eliot E., Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., 2017, « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, p. 1-11 [en ligne : f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2017/06/Eliot_Lucas_Mangeney_rfst_2017.pdf].

ONDPS, 2015, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans 5 pays européens*, rapport.

Vergier N., Chaput H., 2017, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, n°17.

LES AUTEUR.E.S

Guillaume Chevillard
Irdes
chevillard@irdes.fr

Véronique Lucas-Gabrielli
Irdes
lucas@irdes.fr