



HAL
open science

Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : le numérique en santé au service des territoires vécus

Katerina Kononovich, Jean-Marc Macé

► To cite this version:

Katerina Kononovich, Jean-Marc Macé. Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : le numérique en santé au service des territoires vécus. NETCOM : Réseaux, communication et territoires / Networks and Communications Studies, 2022, 36 (n°3-4), 10.4000/net-com.7256 . hal-03913991

HAL Id: hal-03913991

<https://hal.science/hal-03913991>

Submitted on 15 Jan 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Netcom

Réseaux, communication et territoires

36-3/4 | 2022

E-santé et territoires : regards multidisciplinaires

Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : Le numérique en santé au service des territoires vécus

An interactive website at the service of a better knowledge of emergencies in France: Digital health services lived territories

Katerina Kononovich and Jean-Marc Macé



Electronic version

URL: <https://journals.openedition.org/netcom/7256>

ISSN: 2431-210X

Publisher

Netcom Association

Brought to you by Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)



Electronic reference

Katerina Kononovich and Jean-Marc Macé, "Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : Le numérique en santé au service des territoires vécus", *Netcom* [Online], 36-3/4 | 2022, Online since 16 May 2023, connection on 15 January 2024. URL: <http://journals.openedition.org/netcom/7256> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/netcom.7256>

This text was automatically generated on June 12, 2023.



The text only may be used under licence CC BY-NC-ND 4.0. All other elements (illustrations, imported files) are "All rights reserved", unless otherwise stated.

Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : Le numérique en santé au service des territoires vécus

An interactive website at the service of a better knowledge of emergencies in France: Digital health services lived territories

Katerina Kononovich and Jean-Marc Macé

Introduction

- 1 L'originalité du système de soins français repose sur la liberté³ du choix du patient de son médecin, de son établissement de santé, tant dans le secteur public que dans celui du privé. Caractérisé comme le système de santé plus performant du monde dans le « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 » de l'OMS, le système de soins français n'occupe cependant, aujourd'hui, que la vingt-quatrième place mondiale selon l'étude de la revue « The Lancet »⁴. Au-delà de ce classement international, comment informer les usagers des inégalités liées à son recours aux services d'accueil des urgences sur le territoire national ?
- 2 Dans le domaine de la santé, la France dispose aujourd'hui de bases de données de santé rigoureuses (PMSI pour l'hospitalisation, SNIRAM pour la médecine de ville, SAE pour l'équipement sanitaire) permettant de produire des évaluations annuelles depuis des indicateurs liés à l'accès aux soins de première ligne (densités de médecins généralistes, passages aux services des urgences, etc.). Pourtant, la référence de la maille territoriale reste toujours controversée pour les pouvoirs publics, notamment pour les Agences Régionales de Santé dont le choix du bassin de vie de santé ne fait pas consensus. En

effet, le diagnostic territorial doit permettre un éclairage auprès des décideurs des politiques publiques et une démocratisation de l'information à destination des usagers. Cette évaluation nécessite de se référer à un maillage territorial pertinent développé à partir de méthodes rigoureuses et scientifiques. En France, l'armature institutionnelle des « territoires de pouvoir » est formée par une succession de maillages emboîtés de communes, cantons, départements et autres régions constituant la base territoriale des pouvoirs électifs et administratifs, de l'exécutif et du législatif, tantôt du pouvoir central, tantôt du pouvoir local. Cette organisation territoriale française multi-centenaires maintient un atavisme opposant « Girondins » contre « Jacobins », c'est-à-dire, entre les tenants du « fédéralisme » contre ceux du « centralisme ». À l'opposé des « territoires de pouvoirs », Frémont A. fait émerger un concept lié au « territoire de savoir » reflétant la connaissance de la « réelle pratique spatiale des usagers ». De fait, « les territoires vécus désignent des espaces locaux structurés par les activités quotidiennes des habitants qui y vivent »⁵. Construits depuis une approche empirique, ces « territoires vécus » constituent une « territorialisation ⁶ » cohérente respectant au mieux la « territorialité ⁷ » des usagers en s'appuyant, notamment sur la connaissance des statistiques locales d'une thématique donnée (ici, le recours aux services d'accueil des urgences par les populations). Ces « territoires de savoir » s'opposent par leur aspect opérationnel aux territoires de pouvoirs « aliénés » aux critères administratifs (bassins de vie-santé des ARS). Le territoire ne se résume cependant pas à une simple lecture diachronique, il évolue également dans le temps. Paraphrasant Émile de Girardin ⁸, « aménager, c'est prévoir », il est donc impératif de se référer explicitement à un modèle prospectif crédible afin d'accompagner la résilience ⁹ du territoire pour la décennie à venir.

- 3 Interroger le recours aux soins aux services d'accueil des urgences par la population est un phénomène particulièrement intéressant notamment par l'aspect systémique des interactions qui régissent la dynamique prospective de l'estimation de la démographie médicale dans le futur.
- 4 Par ailleurs, l'approche de e-santé est souvent présentée comme une solution pour pallier les difficultés liées à la démographie médicale, les inégalités d'accès aux soins et l'amélioration de coordination et de coopération entre les acteurs du territoire dans la continuité de parcours de soins, notamment des usagers atteints des maladies chroniques (Safon, 2021). Plusieurs programmes publics tentent d'inscrire le volet numérique dans leur déploiement afin de proposer les solutions à la meilleure organisation de parcours de soins, notamment par le biais de la télémédecine, ou grâce à la participation active de l'utilisateur en tant que l'acteur central du système de soins. Par exemple, le Ministère de la santé a initié sur la période de 2014-2017, la stratégie « Ma santé » et le programme de « Territoire de soins numérique » par le biais des mesures techniques et organisationnelles afin de « garantir l'accès aux soins de tous » et « mettre en place un parcours organisé »¹⁰.
- 5 Bien que le mot « territoire » apparaisse systématiquement (et inévitablement) dans la déclinaison de la démarche numérique de la santé, sa définition reste floue et souvent secondaire dans le déploiement des stratégies annoncées. Or, le suivi du patient doit nécessairement être pris en compte dans sa déclinaison spatiale. En effet, l'inscription du territoire dans l'ensemble de facteurs de « toute chose égale par ailleurs » conduit à ignorer à la fois les difficultés existantes d'accès aux soins au sein des territoires sous-dotés. Ces espaces fragiles se déclinent à travers une consommation différenciée de

soins par certaines catégories de la population des territoires (structure démographique âgée, composition socioprofessionnelle, etc.), d'une part, et par la diminution de la prise en charge des usagers liée au vieillissement des professionnels de soins, d'autre part. Dans ce sens, l'apport du numérique, notamment avec le développement de la téléconsultation vouée à apporter une réponse efficace aux inégalités d'accès aux soins, risque également de se retrouver compromis du fait même de la pénurie nationale des professionnels de soins propre à chaque territoire.

- 6 Dans la mesure où la politique de santé en France repose sur le dialogue et la concertation, il est légitime de disposer d'une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs de santé à son élaboration. Les travaux de recherches concernant l'accès aux soins de première ligne des populations présentés ici sont également disponibles via l'approche de la « e-santé », et participent à la démocratisation de la connaissance. C'est dans cet esprit de démocratie sanitaire que sont proposés plusieurs indicateurs liés à la démographie médicale des différents « territoires vécus des services d'accueil des urgences » auprès des acteurs de terrain. Comme le souligne Biosse-Duplan Alexandre ¹¹, c'est bien « *la représentation et la participation [des usagers] [...] au sein du système de santé [qui] fournit un marqueur positif de démocratie en santé* ». C'est pourquoi il est impératif de porter les informations du domaine sanitaire de chaque territoire vécu vers les usagers à travers un site internet interactif et gratuit. Ainsi, l'étude de géographie de la santé (les urgences en France métropolitaine) relayée dans l'atlas numérique disponible sur le site internet ¹² permet pour l'ensemble des citoyens, d'interroger le recours aux soins de première ligne (accès aux services des urgences, démographie médicale, état de santé) pour identifier les inadéquations de l'offre de soins aux « besoins » réels des populations locales. Les cartes interactives de l'atlas numérique offrent, sur l'ensemble de la France métropolitaine, la possibilité pour chaque usager de localiser leur service d'accueil des urgences de proximité, de visualiser l'emprise spatiale de chaque établissement (Carte interactive 1) ; de connaître les principales orientations des flux des personnes domiciliées dans leur commune vers un site d'accueil des urgences (Carte interactive 2) ; d'estimer le temps de déplacement de leur domicile pour rallier tel ou tel service d'urgences, ainsi que différents indicateurs sanitaires comme la densité de médecins en activité pour 10 000 habitants ; l'activité moyenne des médecins généralistes installés de leur territoire vécu d'accueil d'urgences ; le nombre de passages dans les services d'urgences de chaque bassin vécu d'urgences (Carte interactive 3).

Carte interactive 1 : Localisation des services d'accueil des urgences

Lien interactif : [CNAM - Localisation-CHU \(geoconcept.com\)](#)

Localisation des services d'urgence

Cliquez ici pour afficher la carte en plein écran

Ce que vous pouvez découvrir :

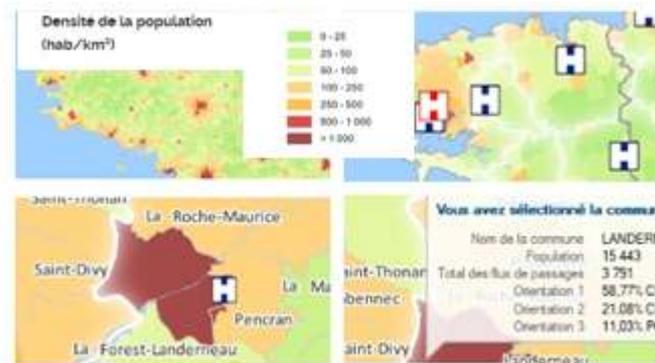
- InfoROUTE active
- Service d'urgence public
- Service d'urgence privé

Votre sélection

Raison social	CHU BREST
Commune	BREST
Adresse	5 AVENUE FOCH
Code postal	29200
Telephone	0298223333
FINISS	290000017

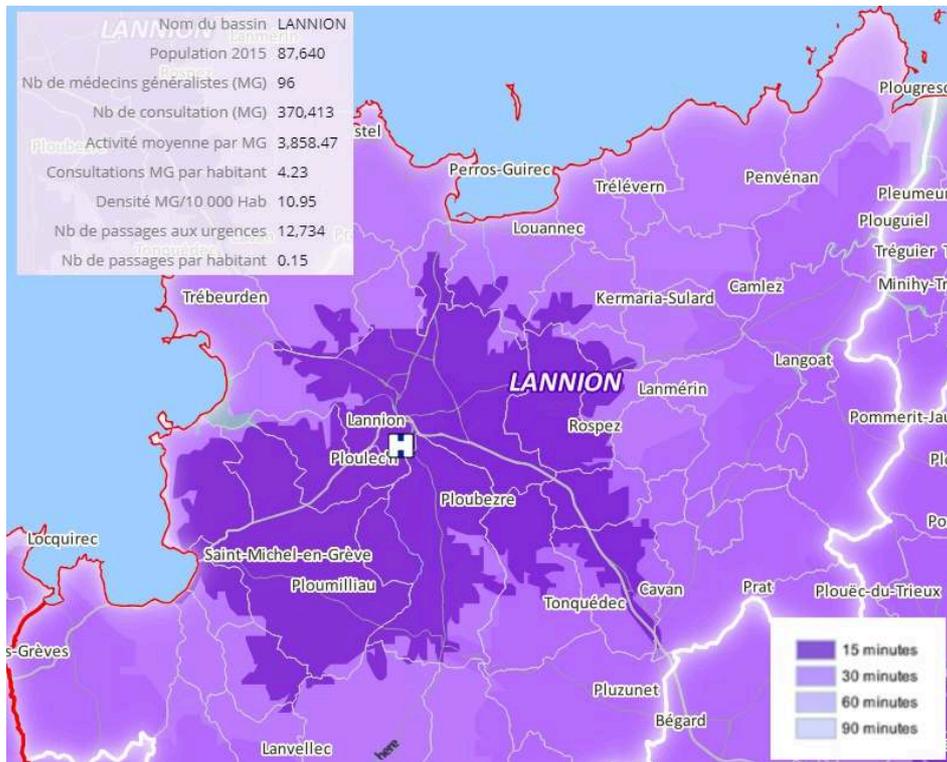
Carte interactive 2 : Densité des populations par commune et orientations des flux dans les services d'urgences :

Lien interactif : [CNAM - Densité-CHU \(geoconcept.com\)](#)



Carte interactive 3 : Temps d'accès aux services d'urgences par commune

Lien interactif : CNAM - Isochrones (geoconcept.com)



Sources et données

- 7 Cette étude a nécessité plusieurs sources de données convoquant simultanément des données des domaines de la démographie, de la sociologie, de la sphère du sanitaire au niveau de chaque commune de la France métropolitaine.

Les données issues de L'INSEE

- 8 Selon le recensement de 2014 de l'INSEE, la France métropolitaine compte 65 millions d'habitants répartis dans 35 755 communes. Ces données permettent d'identifier les caractéristiques démographiques (âges, sexe, indices conjoncturels de fécondité), et socioéconomiques (catégories socioprofessionnelles, revenus annuels moyens, etc.).
- 9 L'INSEE collige également les données à la mortalité générale recensées au niveau de la commune du domicile de la personne décédée. Pour refléter l'état de santé de la population, les données de mortalité sont transformées en indicateurs synthétiques comme espérance de vie (femmes, hommes), en indices comparatifs de mortalité, en taux de mortalité infantile. Afin de pouvoir représenter les petites communes, d'une part, et de pouvoir construire des indicateurs significatifs, d'autre part, les décès sont regroupés sur une période de cinq ans (de 2015 à 2019). Le premier indicateur est issu de la méthode de standardisation indirecte, il s'agit de l'indice comparatif de mortalité (ICM), dont la mortalité attendue est calculée selon le sexe et par tranche d'âge annuelle en fonction de la référence de la France métropolitaine. L'indice comparatif de mortalité est le résultat la mortalité observée divisée par la mortalité attendue, le tout étant multiplié par 100. Lorsque l'ICM se révèle supérieur à 100, il existe une

surmortalité de la population du territoire étudié. Cette surmortalité signe alors un mauvais état de santé, à l'inverse, un ICM est inférieur à 100 souligne un bon état de santé. Pour obtenir une lecture plus aisée, les résultats sont regroupés « sexe ensemble ». Le deuxième indicateur concerne la mortalité infantile, c'est-à-dire, la mortalité des enfants de moins de 1 an. Les décès sont exprimés pour 1000 naissances vivantes selon les 451 territoires vécus des services des urgences. Le troisième indicateur concerne l'espérance de vie, calculée séparément pour chaque sexe, elle s'exprime en années, et reflète, de manière positive, les inégalités des populations face à la mortalité évitable (accidents, suicides, alcoolisme, etc.).

Les données de l'offre de soins de première ligne

- 10 L'offre de soins de première ligne se compose principalement des médecins généralistes, et des services d'accueil des urgences. Ces informations sont issues de la base du système national d'information inter régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)¹³, de la base de la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE)¹⁴, et du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI)¹⁵.

Les données de la médecine générale

- 11 L'accès aux soins de première ligne en France concerne également 245 millions de consultations réalisées chez 62 000 médecins généralistes. Ces données doivent être préalablement affinées pour identifier les densités de médecins généralistes sur les territoires. En effet, la base du SNIIRAM livre un volume global de 62 427 médecins généralistes, soit une densité de 9,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants au niveau de la France métropolitaine. Cependant, tous ne travaillent pas de la même façon. Certains en début de carrière, ou d'autres, en fin de carrière, en réalisent moins de 500 actes par an. Dans ces conditions, il n'est pas possible de les considérer, part entière, comme force active de la médecine générale. Ainsi, il est retenu un volume de 1000 actes par an pour le calcul des densités de médecins généralistes. Ce sont donc seulement 54 000 omnipraticiens qui constituent le panel des professionnels qui réalisent en moyenne 261 millions de consultations, soit une densité de 8,45 médecins généralistes pour 10 000 habitants en France métropolitaine, d'une part, et environ 4 800 consultations par médecin généraliste.

Les données de l'activité des services des urgences

- 12 En 2015, la France métropolitaine compte 645 sites officiels de services d'accueil des urgences (Source : SAE 2015) qui accueillent plus de 17 millions de personnes pour des soins d'urgences (SNIIRAM). Plus des quatre cinquièmes (14,5 millions) de l'ensemble des passages sont pris en charge en France métropolitaine dans 521 établissements publics, ou établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et 14 % des passages (2,5 millions) sont réalisés dans 124 établissements privés à but lucratif (19 % des établissements). Au cours d'une année, 18 % des passages donnent lieu à une hospitalisation, par conséquent, près de 14 millions de ces passages aux services des urgences sont réorientés vers le domicile de l'utilisateur.

Méthodes

- 13 Deux modèles participent au diagnostic territorial, le premier présente une vision diachronique et s'intéresse à la construction du territoire, le second propose une approche prospective afin d'estimer la démographie médicale optimale de chaque territoire vécu.

Le premier modèle : la construction des territoires vécus

- 14 Une bonne territorialisation doit reposer sur une construction territoriale cohérente. Pour mettre en place un tel maillage opérationnel, il s'agit d'étudier les migrations « départ-arrivée » selon la « méthode des flux relatifs » mis en place par l'INSEE dès 1975^{16,17}.
- 15 Transposée au domaine hospitalier¹⁸, cette technique analyse les flux « domicile-services d'accueil des urgences » des usagers. Comme l'indique le schéma de la figure 1, chaque flèche symbolise, non seulement le volume des personnes domiciliées dans une commune, mais également, l'orientation majoritaire relative des flux concernant le recours aux services des urgences. La méthode est basée ensuite sur un « tri décroissant » de chaque « lieu de départ d'utilisateur » vers tous les « lieux d'arrivée d'utilisateur »¹⁹. Les communes sont alors classées sans chevauchement ni omission, selon l'importance de leur lieu d'origine et de destination. Toutes les communes dont les flux majoritaires (même relatifs) des recours aux services des urgences sont orientés vers le même pôle hospitalier, appartiennent et constituent alors un bassin de santé hospitalier, c'est-à-dire, un « territoire vécu de recours aux services des urgences ». La formulation de cette orientation majoritaire des hospitalisés vers un pôle hospitalier s'écrit tel que :

$$\text{Lien majoritaire "Domicile - Hôpital"} = \frac{\text{Hospitalisés issus de la commune "a" vers le pôle hospitalier "A"}}{\sum \text{hospitalisés issus de la commune "a"}}$$

- 16 Où :
- 17 « a » est une entité spatiale de « départ » des recours aux services des urgences ;
- 18 « A » est un pôle hospitalier « d'arrivée » des recours aux services des urgences.
- 19 Dans la mesure où l'on effectue cette analyse ciblée sur le recours aux services des urgences qui reflète une pratique spatiale homogène des usagers, cette entité spatiale correspond à un « véritable territoire opérationnel des services des urgences ». Ainsi, l'analyse des flux des 645 services des urgences de France métropolitaine en 2015 permet de dessiner 451 territoires vécus de recours aux services des urgences (carte 1).

Le second modèle : le modèle prospectif de la démographie médicale

- 20 Dans ce modèle il s'agit d'estimer la consommation de consultations de médecins généralistes pour les « habitants domiciliés dans un territoire opérationnel » pour les années à venir (T1). Ce modèle²⁰ nécessite d'identifier préalablement la « demande effective » en T0, c'est-à-dire, le volume de consultations selon le sexe et l'âge des usagers domiciliés au niveau du territoire opérationnel. Dans un deuxième temps, il est procédé

à une projection de la prise en charge des consultations en fonction de la structure d'âge de la population de chaque territoire vécu pour un horizon T1 (figure 2). Pour cela, une « standardisation » selon le sexe et l'âge grâce aux taux de consultations identifiés en T0 sur la structure d'âge de T1 issue de la méthode OMPHALE-INSEE (Brutel C, 2001 ; Descours L, Poinat F, 1992), de chaque territoire vécu. La formule des consultations attendue à l'horizon T1 pour une entité spatiale s'exprime telle que :

$$ExpT1 = \sum_k^1 P1(t_{iT0})$$

21 Où :

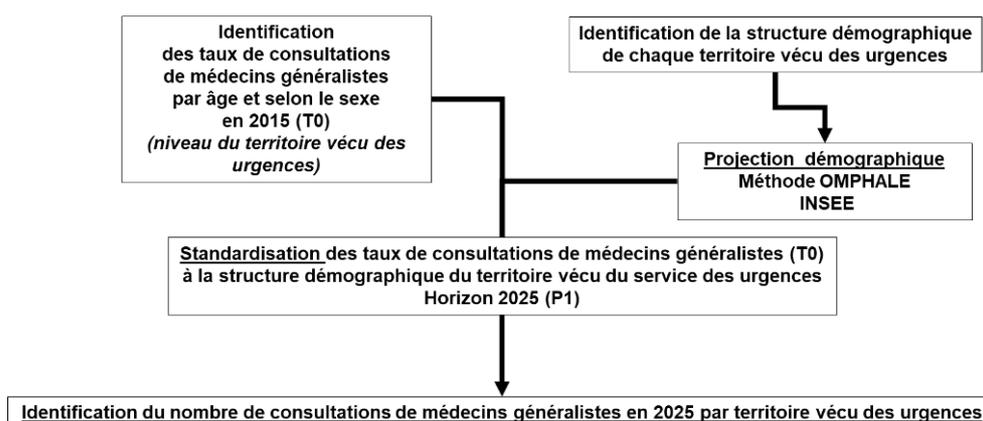
22 **Exp T1**, est le volume attendu de consultations pour l'horizon T+1 pour une entité spatiale ;

23 **k**, est la tranche d'âge des femmes et des hommes de l'entité spatiale ;

24 **P1**, est l'effectif de la population de k à l'horizon T+1 ;

25 t_{iT0} , est le taux de consultations selon la tranche d'âge des hommes ou des femmes de l'entité spatiale en T0.

Figure 2 : Modèle prospectif de la consommation de consultations de médecins généralistes par territoires vécus des services d'accueil des urgences



Analyses et résultats

26 L'état de santé de la population n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national. En effet, 10,5 % de la population française (6,5 millions d'habitants) réparties dans 66 territoires vécus des services d'urgences présentent un très mauvais état de santé avec des ICM supérieurs à 115 %. Les Indices comparatifs de mortalité générale sont particulièrement défavorables dans le nord de la France, où, la région « Hauts de France » regroupe 35 territoires défavorisés (6,5 % de la population de France métropolitaine), notamment dans les territoires vécus de « Lievin » avec un ICM de 146 % ; de « Denain » avec un ICM de 138 %, de « Lens » ou du « Cateau-Cambresis » (ICM =

137 %), etc. À l'opposé, 9 % de la population française (5,7 millions d'habitants) sont situés dans 23 territoires dotés d'un très bon état de santé avec des Indices Comparatifs de Mortalité inférieurs à 85 %. Cette population favorisée, principalement implantée en région « Ile-de-France », détient la population la mieux lotie, avec en tête de liste les territoires de « Boulogne Billancourt » (ICM = 63 %), de Saint-Mandé (ICM = 67 %), de Paris 15^{ème} (ICM = 69 %) ; et au sud de la France avec les territoires de Marseille 8^{ème} (ICM = 82 %), de Menton (ICM = 83 %), ou de Biarritz (ICM = 84 %) (carte 2).

- 27 En termes d'accès aux médecins généralistes, le constat est sans appel ! De manière générale, en termes de santé, les médecins ne sont pas là, où sont les besoins de la population. Les densités médicales de généralistes sont particulièrement importantes dans le sud du pays. En effet, 13 % de la population métropolitaine (8,5 millions d'habitants) répartis dans 42 territoires vécus des services des urgences bénéficient de plus de 12 médecins pour 10 000 habitants. Comme le fait remarquer Picheral H.²¹, « l'installation des médecins généralistes obéit à la recherche d'aménités culturelles, sociales et à l'héliotropisme ». Les 5 territoires les mieux lotis de la France métropolitaine sont ceux de Biarritz (16 MG/10 000h), Bourg-Saint-Maurice (16 MG/10 000h), Céret ²² (18 MG/10 000h) 7 %, Marseille Sud (18 MG/10 000h), et Paris 13^{ème} Arrondissement (22 MG/10 000h), soit 360 000 habitants qui bénéficient du double des ressources de la médecine générale par rapport à la moyenne nationale. À l'inverse, plus d'un tiers de la population métropolitaine se trouve défavorisé face à la densité de médecins généralistes avec moins de 9 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Ces 23,5 millions d'habitants moins bien lotis se répartissent dans 207 territoires vécus des services des urgences. À l'exception de quelques territoires, qui disposent de plus de 10 médecins généralistes pour 10 000 habitants (*Lille-Roubaix-Armentières, Nancy, Strasbourg, Limoges, La Rochelle, Amiens, Caen, Reims, Besançon, Brest, Vannes, et Angers*), ces territoires défavorisés se situent pour l'essentiel dans la moitié partie nord du pays. Les dix territoires vécus les plus défavorisés de la France métropolitaine (*Mayenne, Gisors, Givors, Thiais, Saint-Denis, Saint-Calais, Blanc-Mesnil, Ferté-Bernard, Argenteuil, Forbach*) regroupent 945 000 habitants, soit 1,5 % de la population métropolitaine avec moins de 6 médecins généralistes pour 10 000 habitants (carte 3).
- 28 Les inégalités constatées en 2015 dans les différents territoires sont soumises, de manière différenciée, à l'évolution inéluctable du vieillissement de la population en France. Dans les 15 prochaines années ²³, ce phénomène démographique va considérablement impacter la demande de soins de médecine générale de ville. Le modèle OMPHALE ²⁴ de l'INSEE, montre que les personnes âgées de plus de 65 ans (11,8 millions de personnes) vont augmenter de 5 %, pour les 15 ans à venir. Cette tranche de population la plus âgée passerait de 18,5 % de la population totale à 23,5 % pour l'horizon 2030, soit un volume de 4 millions de consommateurs de soins supplémentaires.
- 29 Toutefois, cette progression ne se résume pas à une simple opération arithmétique liée à la seule progression démographique. Dans la mesure où le recours aux soins des usagers n'est pas identique selon les personnes, les projections de l'activité des médecins généralistes doivent tenir compte également du « taux de recours aux soins » de médecins généralistes selon les tranches d'âges et le sexe. De fait, chaque personne de la tranche d'âges de 15 à 24 ans consomme 2,7 consultations par an contre 6,6 consultations par an pour la tranche d'âges des 65 ans et plus (Figure 3). Par conséquent, les projections de la consommation de médecins généralistes obtenues

depuis le modèle prospectif (Figure 2) montrent une augmentation de 8,8 % par rapport à l'activité de 2015, soit plus de 23,5 millions de consultations chez le médecin généraliste. En tenant compte de cette estimation, sur les 15 années à venir, l'impact du vieillissement la population sur l'activité des médecins généralistes serait de 3,8 % supplémentaires face à la progression de la population. La répercussion du vieillissement de la population sur l'activité des services d'accueil des urgences est, quant à elle, plus modérée.

- 30 Ces projections d'activité à l'horizon 2030, tant en termes de médecine générale que de la fréquentation des services des urgences, ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire. En effet, l'activité des consultations de médecins généralistes régresse significativement par rapport à 2017 pour 22 territoires vécus, non seulement par la diminution de la population, mais également dans certains territoires vécus, par une structure démographique plus jeune, et de ce fait, moins consommatrice de soins de médecins généralistes (*Sarcelles = - 9 % avec moins 20 000 consultations, Stains = - 4,5 % avec moins de 13 000 consultations, etc.*). Parfois, le phénomène de vieillissement de la population locale ne parvient pas à contre-carrer la diminution démographique de certains territoires (*Saint-Amand-Montrond = - 4,3 % avec moins de 7 800 consultations, etc.*). En revanche, 269 territoires vécus des services des urgences augmentent de manière importante avec plus de 3,5 % par rapport à 2015, et certains explosent avec une progression de plus de 20 % d'activité supplémentaire de la consommation de médecins généralistes (*Thonon-les-Bains, Annecy Annemasse, Rennes, Pessac, Teste-de-Buch, Muret, etc.*), et même jusqu'à 29 % pour deux territoires (*Ares, L'Union*) (Carte 4).
- 31 Au niveau de la France métropolitaine (hors Corse), si l'activité des médecins généralistes estimée pour 2030 est globalement positive avec une augmentation moyenne de 8,8 %, cette progression n'est cependant pas homogène selon les régions. La variation des régions Île-de-France (7 %, soit 3 039 000 consultations supplémentaires) et Auvergne-Rhône-Alpes (11,7 %, soit 3 388 000 consultations supplémentaires) progresse proche de l'estimation moyenne. En revanche, six régions devraient subir une augmentation inférieure à 7 % pour 2030 comme la région de la « Bourgogne-Franche-Comté » (5,3 %, soit 625 300 consultations supplémentaires), de la « Normandie » (5,4 %, soit 748 300 consultations supplémentaires), des « Hauts de France » (5,5 %, soit 1 672 700 consultations supplémentaires), du « Centre-Val de Loire » (5,7 %, soit 541 800 consultations supplémentaires), de « Grand Est » (5,8 %, soit 1 450 000 consultations supplémentaires) et de la « Provence-Alpes-Côte d'Azur » (6,9 %, soit 1 582 382 consultations supplémentaires). Enfin, quatre régions progresseront fortement comme la « Nouvelle Aquitaine » (12,1 %, soit 3 186 157 consultations supplémentaires), la « Bretagne » (12,5 %, soit 1 693 227 consultations supplémentaires), les « Pays de la Loire » (13,5 %, soit 1 846 554 consultations supplémentaires), et l'« Occitanie » (13,8 %, soit 3 673 686 consultations supplémentaires) (Tableau 1).
- 32 Concernant l'activité des services des urgences pour l'ensemble de la France métropolitaine (sans la Corse), force est de constater que la projection issue du même modèle que celui utilisé pour l'estimation de médecine générale de ville (Figure 2) montre 340 000 passages supplémentaires à l'horizon 2030. Cette augmentation de 2,3 % seulement apparaît modeste face à la progression démographique de 4,9 % par rapport à 2017. Cette évolution est cependant conjointe à celle de la médecine générale de ville. Cette faible progression s'explique non seulement par la distribution, selon le sexe et l'âge, des taux de consommation des usagers dans le recours aux services d'accueil des

urgences, mais également par l'évolution de la structure démographique pour les 15 ans à venir de chaque territoire vécu. En effet, les taux de recours aux services d'accueil des urgences sont plus importants chez la population juvénile (49 passages pour 100 habitants) au regard de ceux liés à la population des « séniors » (15 passages pour 100 habitants pour les personnes de 65 ans et plus) (figure 4). Au niveau national, de l'activité des services des urgences montre une progression différenciée selon les régions pour l'horizon 2030. De fait, au cours de la période 2017-2030, deux régions possèdent, une variation estimée proche de la moyenne française comme pour les régions « Centre-Val-de-Loire » (0,8 %, soit 4 800 passages supplémentaires) ou « Ile-de-France » (1,4 %, soit 53 100 passages supplémentaires). De manière concomitante, cinq régions perdent de l'activité dans le recours aux urgences comme les régions « Grand Est » (- 0,8 %, soit une perte de 7 800 passages), les « Hauts de France » (- 0,5 %, soit une perte de 8 000 passages), la « Normandie » (- 0,6 %, soit une perte de 3 700 passages), la « Bourgogne-Franche-Comté » (- 0,4 %, soit une perte de 2 200 passages), et la « Provence-Alpes-Côte d'Azur » (- 0,4 %, soit une perte de 5 600 passages). En revanche, cinq autres régions devraient progresser comme pour la région « Nouvelle Aquitaine » (4,5 %, soit 45 200 passages supplémentaires), la « Bretagne » (4,5 %, soit 28 800 passages supplémentaires), les « Pays de la Loire » (5,1 %, soit 35 200 passages supplémentaires), l'« Occitanie » (6,8 %, soit 77 200 passages supplémentaires), et « Auvergne-Rhône-Alpes » (6,8 %, soit 111 700 passages supplémentaires) (Tableau 2).

Discussion

- 33 La loi Santé²⁵ votée de 2019 marque la volonté de supprimer le « *numerus clausus* » instauré en 1972²⁶. Issu du modèle économique de J.B.Say²⁷, s'appuyant notamment sur l'adage « l'offre engendre la demande »²⁸, ce concept du « *numerus clausus* » fut instauré afin de « contenir » le nombre de prescripteurs pour maîtriser volume de prescriptions médicales, et par conséquent contrôler le montant des dépenses de la sécurité sociale²⁹. À partir de 2022, le nombre d'étudiants est désormais défini au niveau régional³⁰, en fonction notamment des capacités d'accueil des universités et des besoins des territoires. Ainsi, l'offre de santé devrait tenir compte des « besoins des territoires » déterminés par les Agences régionales de Santé (ARS) et par une « Conférence Nationale » réunissant tous les acteurs nationaux. Les conclusions du rapport³¹ de la « Conférence Nationale remis par le « Professeur Touzé » au « Ministre de la Santé » le 26 mars 2021, indiquent que « *les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 se substituent au numerus clausus. Plus souples, concertés avec les régions, ils doivent répondre au mieux aux besoins de santé des années 2030-2040 et au-delà* ». En 2022, les méthodes de standardisation de la DREES³² reposent sur une méthodologie qui prévaut depuis 2008. La modélisation de la DREES pour la projection d'effectifs de médecins se décline en 2 temps, d'abord par un recueil des données, et ensuite par une projection de la démographie médicale. Le recueil des informations requiert 3 phases. La première phase s'appuie sur les effectifs de médecins en activité³³ au cours de chaque année de la période de projection, soit de 2016 à 2040, ventilés par spécialité, âge et sexe, mais aussi par région, mode et zone d'exercice. La deuxième phase repose sur les effectifs issus des résultats des épreuves classantes nationales³⁴ (ECN), et la troisième phase s'appuie, quant à elle, sur les données de la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE. Dans un second temps, une « micro-simulation » est mise en place au niveau

des étudiants de troisième cycle et des médecins actifs. Ainsi, le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse « toutes choses égales par ailleurs », où seuls sont modulés, l'effet du changement de comportement des médecins, d'une part, et les mesures d'ajustement prises par les pouvoirs publics. Le volume d'activité est estimé à partir des honoraires des médecins issus de l'appariement de 2011 entre les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Trois variables (âge, sexe et spécialité) définissent ici une strate constituant un honoraire moyen. Ensuite, pour chaque spécialité, cet honoraire moyen est rapporté à la médiane des honoraires. Le rapport « honoraires moyens et médiane » ainsi obtenu permet de capter l'activité des remplaçants dont les honoraires ne sont pas distingués de ceux du médecin remplacé dans l'appariement CNAMTS-DGFIP. Cette approche prospective est donc essentiellement ciblée sur l'offre de soins, d'une part, et notamment sur les modalités de financement des médecins, d'autre part. Force est de constater que l'impact du vieillissement de la population sur la consommation de soins médicaux n'est pas correctement pris en compte dans ce « modèle prospectif de la DREES ». Par conséquent, il semble légitime de proposer un complément au modèle de la DREES en intégrant une approche prospective de la « demande de soins » de médecins généralistes. En effet, la simulation proposée à partir de la demande de soins de médecins généralistes n'est pas anecdotique, elle montre que le vieillissement de la population entraîne une augmentation de 6 % de la consommation de soins de médecine générale de ville par rapport à 2015. De fait, pour maintenir une activité semblable à 2015 pour chaque médecin généraliste, il est nécessaire de former environ 3 000 médecins généralistes supplémentaires au niveau de la France métropolitaine, soit un effectif de 57 450 médecins généralistes à l'horizon 2025³⁵. Au niveau régional, l'impact sur le nombre de formations en cours prévues par le « *numerus clausus* » pour 2025, n'est pas identique d'une région à l'autre. Si au niveau national, les besoins de médecins généralistes en 2025 représentent 40 % des étudiants de médecine actuels, certaines régions auront une « marge de manœuvre » plus aisée que d'autres. Les régions « Ile de France » et Bourgogne-Franche Comté » sont les régions les moins démunies avec réciproquement un impact de 25 % et 26 % sur les prévisions des médecins diplômés en 2025. Cinq régions se situent dans une position moyenne comme les régions de la « Normandie » (28 % des médecins diplômés), des « Hauts-de-France » (29 % des médecins diplômés), du « Grand-Est » (29 % des médecins diplômés), du « Centre-Val de Loire » (41 % des médecins diplômés), et de « Provence-Alpes-Côte d'Azur + Corse » (48 % des médecins diplômés). En revanche, quatre régions devraient rencontrer de grandes difficultés, car les prévisions prévues pour 2025 montrent une sous-évaluation du *numerus clausus* comme pour les régions d'« Auvergne-Rhône-Alpes » (61 % des médecins diplômés), de la « Nouvelle-Aquitaine » (62 % des médecins diplômés). Enfin pour trois régions, l'insuffisance de médecins généralistes diplômés est problématique comme pour la « Bretagne » (81 % des médecins diplômés), les « Pays de la Loire » (85 % des médecins diplômés), voire dramatique, pour la région « Occitanie » où la prévision du *numerus clausus* des médecins généralistes diplômés pour 2025 ne suffit pas à absorber les besoins actuels de médecins généralistes (106 % des médecins diplômés) (Tableau 3).

Conclusion

- 34 L'approche numérique, via la présentation d'une cartographie numérisée, permet de comprendre les disparités spatiales de la consommation des services des urgences par les usagers. Ainsi, un diagnostic territorial pertinent offre pour l'avenir, non seulement une meilleure visibilité pour une projection de l'offre de soins, mais également une meilleure appréhension de l'organisation de l'offre de soins par les acteurs sur le territoire. Dépassant souvent les frontières administratives habituelles, cette organisation doit nécessairement être adaptée aux réels besoins de ces usagers. De fait, la qualité des prises en charge de l'accès aux soins doit tenir compte des pratiques spatiales des usagers. L'approche spatiale en santé, disponible à loisir par l'intermédiaire d'un atlas de santé numérisé, permet aux élus, et à tout un chacun, d'identifier dans un premier temps, les flux majeurs des usagers vers les services d'urgence, et dans un second temps, de mieux comprendre les besoins du territoire en matière de parcours de soins, voire de parcours de vie. Cette mise à disposition de l'information numérique spatiale participe à une volonté de démocratisation participative des usagers dans leur parcours de soins, d'une part, et d'une meilleure connaissance de leur accès aux services d'urgences, d'autre part. Ainsi, le site internet dédié à l'étude du recours aux services d'accueil des urgences en France métropolitaine ³⁶ représente une véritable interface afin d'informer à la fois les usagers et les décideurs publics en matière d'adaptation de leur stratégie d'action. L'identification des besoins de soins de « premières lignes », ou plus exactement de « la demande de soins » doit émaner de l'interface entre les « usagers » et les « décideurs », entre les « élus » et les « administratifs », entre les « citoyens » et « pouvoirs politiques ». Le diagnostic territorial réalisé au niveau de « territoires vécus » permet d'apporter l'information issue du « territoire de savoir » vers le « territoire de pouvoir ». Cet éclairage local des « besoins » de la population contribue à rechercher la meilleure adéquation de l'offre à la demande. Cette dialectique territoriale est primordiale pour améliorer les décisions des pouvoirs publics.

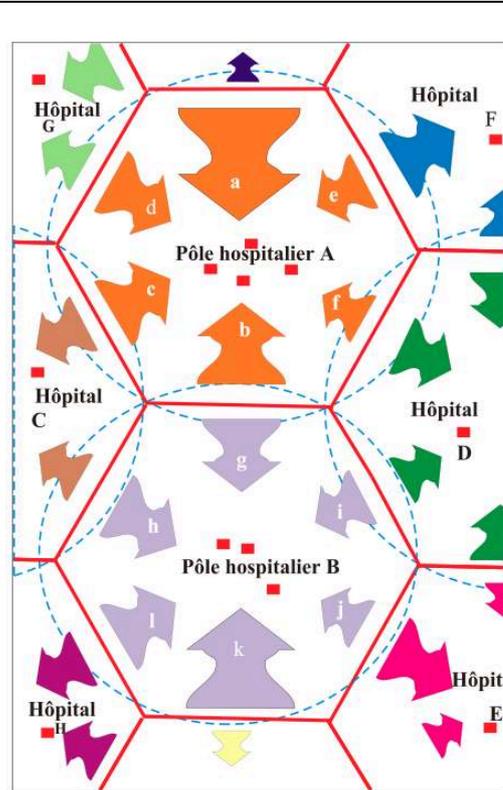
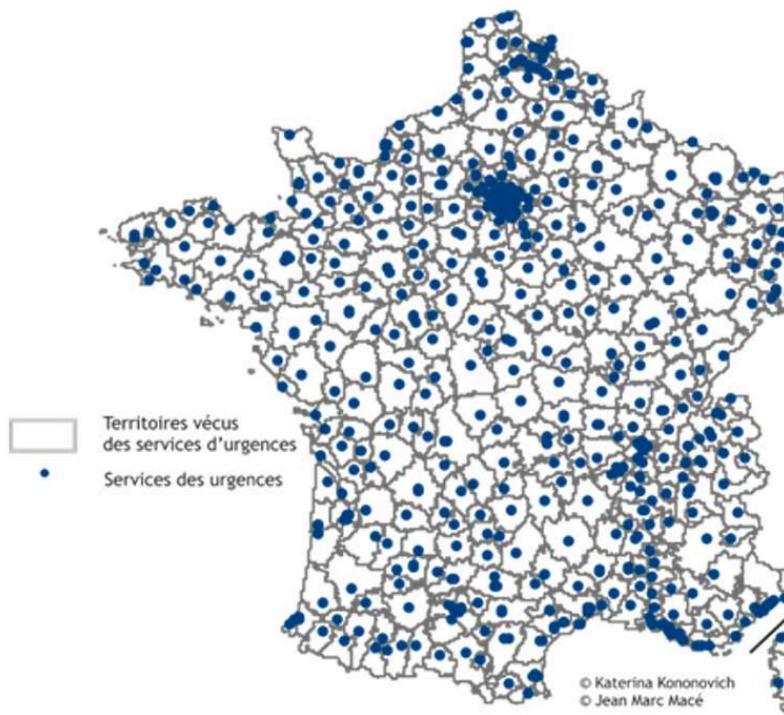
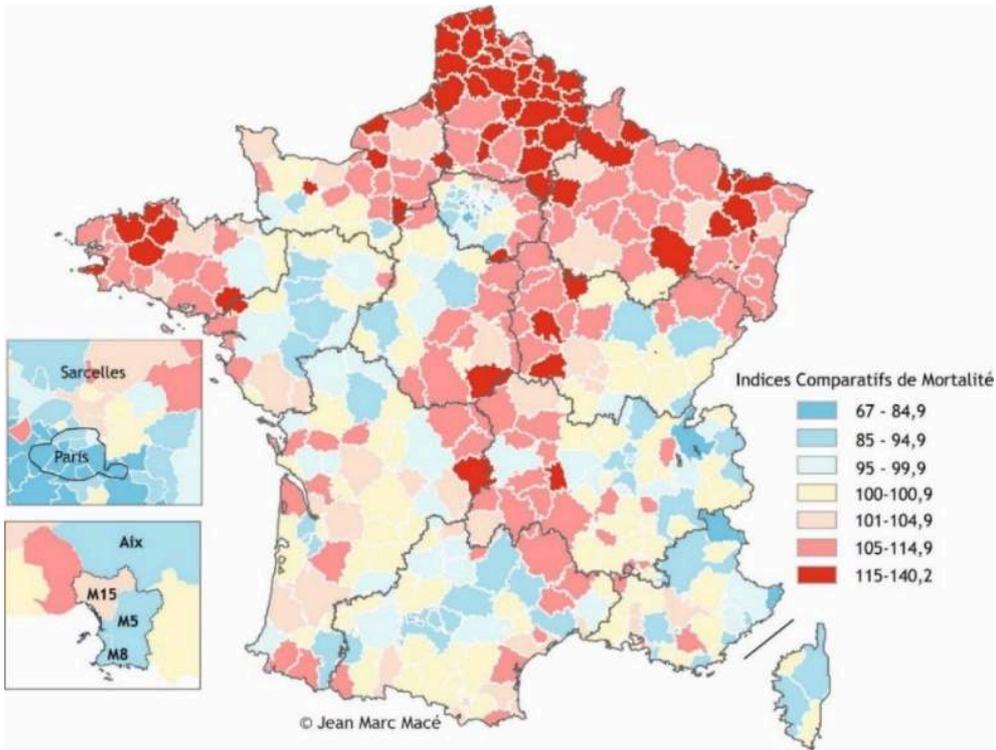


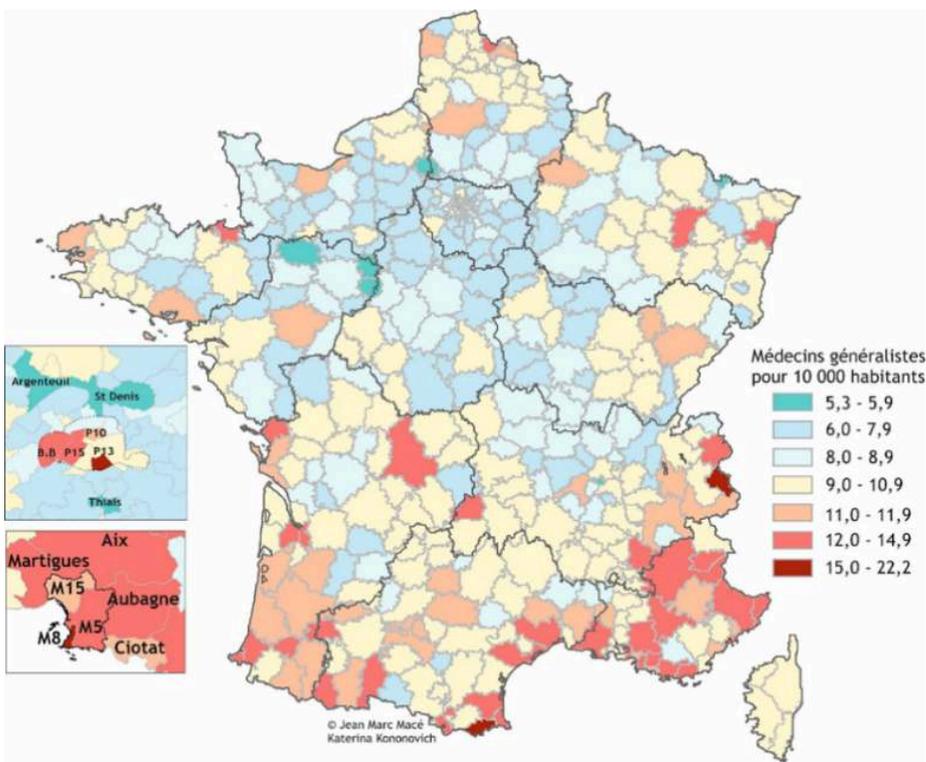
Figure 1 : Orientation majoritaire relative des usagers ayant recours aux urgences



Carte 1 : Territoires vécus du recours aux services des urgences



Carte 2 : La mortalité générale par territoire vécu des services d'accueil des urgences en 2015



Carte 3 : Densités de médecins généralistes par territoires vécus des services d'accueil des urgences en 2015

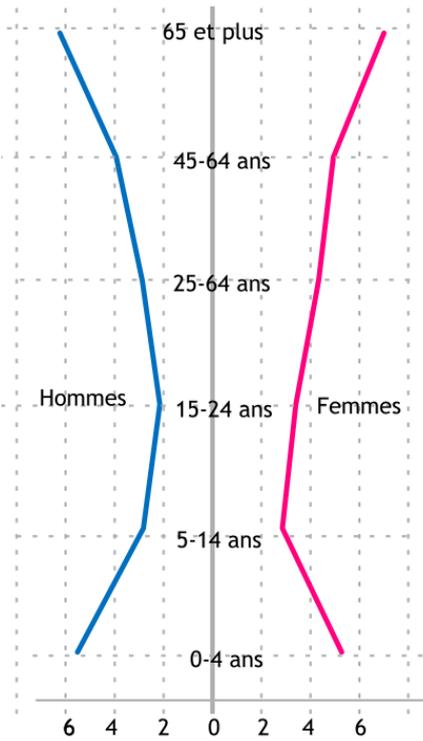


Figure 3 : Consultations de médecins généralistes par habitant selon les tranches d'âges en France métropolitaine en 2015

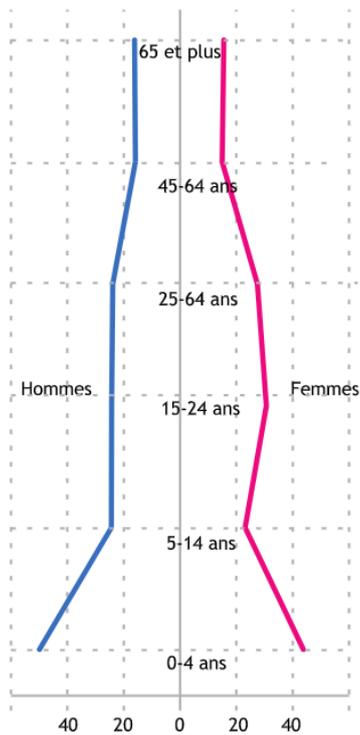
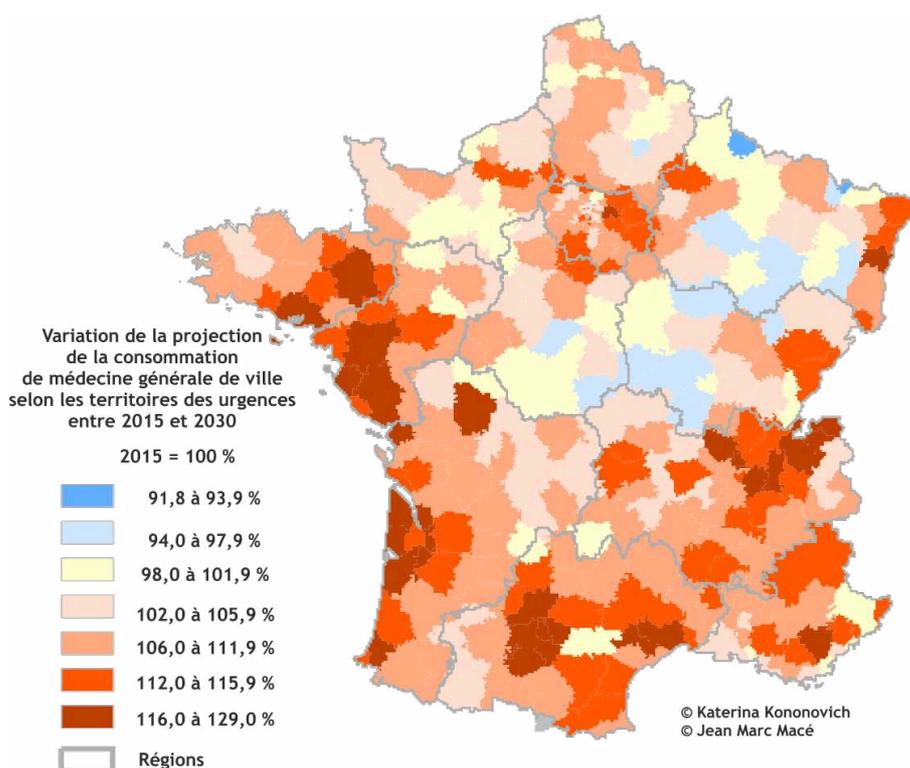


Figure 4 : Passages aux urgences pour 100 habitants selon les tranches d'âges en France métropolitaine en 2015



Carte 3 : Variations de la consommation de consultations de médecins généralistes territoires vécus des services d'accueil des urgences entre 2015 et 2030

Image [10002EC400003D710000233789E206545E0BADAC.emf](#)

Region	Consultations		Variation 2015-2030 (%)
	2015	2030	
Ile-de-France	42 773 002	45 811 986	7,1
Centre-Val de Loire	9 544 797	10 086 628	5,7
Bourgogne-Franche-Comté	11 797 230	12 422 569	5,3
Normandie	13 963 758	14 712 101	5,4
Hauts de France	30 147 807	31 820 548	5,5
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	24 879 975	26 329 982	5,8
Pays de la Loire	13 695 255	15 541 809	13,5
Bretagne	13 553 267	15 246 494	12,5
Nouvelle Aquitaine	26 404 054	29 590 211	12,1
Occitanie	26 563 060	30 236 746	13,8
Auvergne-Rhône-Alpes	28 859 777	32 248 062	11,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22 816 948	24 399 330	6,9
France métropolitaine (hors Corse)	264 998 930	288 446 465	8,8

Tableau 1 : Projection de l'activité des médecins généralistes à l'horizon 2030

Image		100037140000423F0000258E277AF57E78A7430A.emf			
Regions	Population	Passages	Passages	Passages	
	Variation (%) 2017-2031	Urgences 2017	Urgences 2030	Variation (%) 2017-2030	
Ile-de-France	4,0	3 770 872	3 823 997	1,4	
Centre-Val de Loire	2,5	571 920	576 717	0,8	
Bourgogne-Franche-Comté	2,0	539 137	536 950	-0,4	
Normandie	1,6	767 058	763 336	-0,5	
Hauts de France	1,6	1 365 660	1 357 864	-0,6	
Grand Est	1,3	1 044 335	1 036 380	-0,8	
Pays de la Loire	8,8	573 754	609 021	6,1	
Bretagne	7,6	562 897	591 792	5,1	
Nouvelle Aquitaine	6,6	1 011 580	1 056 851	4,5	
Occitanie	8,9	1 138 658	1 215 855	6,8	
Auvergne-Rhône-Alpes	8,4	1 637 886	1 749 632	6,8	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,1	1 324 742	1 330 374	0,4	
France métropolitaine (hors Corse)	4,9	14 308 499	14 648 768	2,38	

Tableau 2 : Projection de l'activité des services des urgences à l'horizon 2030

Image		100045FC00005976000027E519E95C57D4547E20.emf				
Régions	Médecins	Impact	Formations	Médecins	Numéris	Impact
	Généraliste en 2015	Vieillessement en 2025 (%)	attendues pour 2025	Généralistes attendus en 2025	clausus Officiel 2025	numéris clausus (%)
Ile-de-France	8 209	4,8	395	8 604	1 625	24
Bourgogne-Franche-Comté	2 352	3,6	84	2 436	318	26
Normandie	2 718	3,6	99	2 817	349	28
Hauts-de-France	5 204	3,7	193	5 397	660	29
Grand-Est	4 886	4,0	195	5 081	664	29
Centre-Val de Loire	1 937	3,8	74	2 011	182	41
Provence-Alpes-Côte d'Azur + Corse	5 085	4,7	238	5 323	492	48
Auvergne-Rhône-Alpes	6 634	7,9	527	7 161	861	61
Nouvelle Aquitaine	5 676	8,1	459	6 135	743	62
Bretagne	2 901	8,4	243	3 144	301	81
Pays-de-la-Loire	3 027	9,1	274	3 301	322	85
Occitanie	5 533	9,3	513	6 046	483	106
France Métropolitaine	54 162	6,0	2 779	57 454	7 000	40

Tableau 3 : Impacts des besoins de médecins généralistes sur les formations prévues par le numerus clausus à l'horizon 2025

BIBLIOGRAPHY

Aschan-Leygonie, C. (2000), *Vers une analyse de la résilience des systèmes spatiaux*. In : Espace géographique, tome 29, n°1, pp. 64-77

- Berger L, Macé, JM. (2012), *Vascular surgeons in France: an endangered species?* Annals of vascular surgery, volume 26, pp1154-1159
- Bachelet, M., Anguis M. (2017), *Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée*. Études et Résultats. DREES, N°1011.
- Berger L., Macé JM., Ricco JB., Saporta G. (2013), *Methodology for the evaluation of vascular surgery manpower in France*, Public Health, 65-71.
- Biosse-Duplan, A. (2017), *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*. Dunod, 2017
- Brutel, C. (2001), *Projections de population à l'horizon 2050 : un vieillissement inéluctable*, In INSEE Première, n°762,
- Debarbieux, B. (2009), *Territoire-Territorialité-Territorialisation : aujourd'hui encore, et bien moins que demain*, in Vanier M. (direction), 2009, Territoires, territorialité, territorialisation, Presses universitaires de Rennes, p. 19-30.
- de Girardin, E. (1852), *La politique universelle : décrets de l'avenir*, Édition C. Muquardt, Bruxelles, 328 pages
- Deplaud, Marc-Olivier, (2015), *La hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine*, Médecine & sciences humaines, Belles lettres,
- Descours, L., Poinat, F. (1992), *Le modèle de projection démographique OMPHALE*, INSEE Méthodes, N°19, pp 65
- Frémont, A. (1976), *La région, espace vécu*, P.U.F.
- Kononovich, K., Macé JM. (2018), *Impact of population ageing on hospital consumption and medical demography in Metropolitan France: the example of obstetricians*, MEDU-D-18-00002. Medical University.
- Macé, JM. (2003), *Des outils pour la planification hospitalière : l'exemple de l'hôpital de Lagny-sur-Marne*, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, vol.43, fasc.1,
- Macé, JM., Picheral, H. (2004), *Les territoires vécus : les bassins médicaux*, dans [de Kervasdoué J,] Les carnets de santé de la France, Dunod, pp 146-64.
- Macé JM. (2007), *La notion de « territoire » comme outil de la planification sanitaire*, revue REGARD n°31, EN3S, pp 97-111.
- Macé, JM. (2007), *La démographie médicale des chirurgiens en France*, Rapport CIRES Centre International de Recherche en Economie de la Santé (CIRES), EN3S, St Etienne.
- Macé, JM. (2013), *Répercussion du vieillissement de la population sur la démographie médicale*, Revue Droit & Santé, Hors-série, N°50.
- Macé, JM. (2014), *Actes du Colloque « Fronts et frontières des sciences du territoire » (CIST)*, Répercussion du vieillissement de la population sur la consommation hospitalière et sur la démographie médicale dans les territoires en France métropolitaine : exemple des obstétriciens.
- Picheral, H. (1984), *Médecine libérale et espace médical en France, spécialisation et besoins*, in Bailly et Périat, *médecimétrie régionale*, Paris Anthropos, p33-57.
- Ronsac, JJ., Bessy, P., et al. (1986), *Zones d'échanges habitat emploi, contour, 1982 et évolution 1975-1982*, Cahiers ASPECTS, N°14 IAURIF, INSEE.
- Terrier, C. (1978), *Réalité des pays lorrains d'après les déplacements domicile travail en 1975*, Dossiers de l'économie lorraine, N°32.33 INSEE.

Safon, MO. (2021), *La e-santé : Télésanté, santé numérique ou santé connectée*. Irdes.

Say, JB. (2006), *Traité d'économie politique ou Simple exposition de la manière dont se forment, se distribuent et se consomment les richesses*, Economica.

Vanier, M. *Demain les territoires, capitalisme réticulaire et espace politique*, Hermann, Paris, 2015

Articles et Rapports :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS). (2021, décembre 20). Territoire de Soins Numérique. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

GBD 2015 SDG Collaborators, (2016), *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, Volume 388, issue 10053, pp 1813-1850.

- Rapport et propositions Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) Rapport de la Conférence Nationale du 26 mars 2021 pour Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf

NOTES

1. <https://fr.geoconcept.com/les-urgences-en-france-metropolitaine-etude-sur-la-geographie-de-la-sante>
2. <https://fr.geoconcept.com/les-urgences-en-france-metropolitaine-etude-sur-la-geographie-de-la-sante>
3. Article L. 1110-8, 1er alinéa du code de la santé publique, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175) : LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et article L.162-5 du code de la sécurité sociale).
4. The Lancet, *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, Volume 388, issue 10053, p1813-1850, october 2016
5. Armand Frémont, *La région, espace vécu*, P.U.F., 1976
6. Vanier Martin, *Demain les territoires, capitalisme réticulaire et espace politique*, Hermann, Paris, 2015
7. Debarbieux Bernard, « Territoire-Territorialité-Territorialisation : aujourd'hui encore, et bien moins que demain », in Vanier M. (direction), 2009, *Territoires, territorialité, territorialisation*, Presses universitaires de Rennes, p. 19-30.
8. « Gouverner, c'est prévoir [...] », Émile de Girardin, *La politique universelle : décrets de l'avenir*, Édition C. Muquardt, 1852 Bruxelles, 328 pages
9. Aschan-Leygonie Christina. Vers une analyse de la résilience des systèmes spatiaux. In : *Espace géographique*, tome 29, n°1,2000. pp. 64-77
10. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 2021
11. Biosse-Duplan, Alexandre, Chapitre 4, *L'exercice de la représentation et de la participation dans les instances nationales, régionales et territoriales. Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*. Dunod, 2017
12. <https://fr.geoconcept.com/les-urgences-en-france-metropolitaine-etude-sur-la-geographie-de-la-sante>
13. Autorisation CNIL 2016-073
14. Data.gouv.fr

15. Autorisation CNIL N° 1057610
16. Terrier C, Réalité des pays lorrains d'après les déplacements domicile travail en 1975, Dossiers de l'économie lorraine, N°32.33 INSEE, 1978.
17. Ronsac JJ, Bessy P, & al, zones d'échanges habitat emploi, contour e, 1982 et évolution 1975-1982, Cahiers ASPECTS, N°14 IAURIF, INSEE, 1986.
18. Macé JM : « La notion de « territoire » comme outil de la planification sanitaire », revue REGARD N°31 de janvier 2007, EN3S pages 97-111.
19. Katerina Kononovich, Jean Marc Macé, Impact of population ageing on hospital consumption and medical demography in Metropolitan France : the example of obstetricians" MEDU-D-18-00002. Medical University sept 2018. Kononovich K, Macé Jean-Marc. Territory operational experience of maternity hospital users in Metropolitan France. Siberian Medical Review, 2020 ; (4) : 97-107, DOI: 10.20333/2500136-2020-4-97-107).
20. Macé JM, « Des outils pour la planification hospitalière : l'exemple de l'hôpital de Lagny-sur-Marne », Cahiers de sociologie et de démographie médicale, vol.43, fasc.1, 2003.
 - Macé JM, Répercussion du vieillissement de la population sur la démographie médicale, Revue Droit & Santé, Hors-série, N°50, juillet 2013
 - Macé JM, Actes du Colloque « Fronts et frontières des sciences du territoire » (CIST), Répercussion du vieillissement de la population sur la consommation hospitalière et sur la démographie médicale dans les territoires en France métropolitaine : exemple des obstétriciens, 28 mars 2014.
21. Picheral H, médecine libérale et espace médical en France, spécialisation et besoins, in Bailly et Périat, métricométrie régionale, Paris Anthropos, 1984, p33-57.
22. Notes des auteurs : *Densité médicale surreprésentée par la présence de médecins libéraux officiant dans le centre thermal « Le Boulou » par la patientèle allogène prépondérante dans le territoire vécu de Céret.*
23. Brutel C, 2001. Projections de population à l'horizon 2050 : un vieillissement inéluctable. In INSEE Première, n°762,
24. Descours L, Poinat F, 1992, « Le modèle de projection démographique OMPHALE », INSEE Méthodes, N°19, pp 65
25. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
26. Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971
27. Say Jean-Baptiste, Traité d'économie politique ou Simple exposition de la manière dont se forment, se distribuent et se consomment les richesses, Economica, 2006
28. Paraphrasant la loi des débouchés de J.B. Say : « *c'est la production qui ouvre des débouchés aux produits* ».
29. Deplaude, Marc-Olivier, La hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine, Médecine & sciences humaines, Belles lettres, 2015
30. Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025
31. Rapport et propositions Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) Rapport de la Conférence Nationale du 26 mars 2021 pour Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf
32. Bachelet M, Anguis M (2017). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Études et Résultats. DREES, N°1011.
33. Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1er janvier 2015
34. Données issues du Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE) de la Direction générale de l'enseignement supérieur.
35. 57 450 médecins ayant en moyenne une « pratique effective » de plus de 1 000 actes par an.

36. <https://fr.geoconcept.com/les-urgences-en-france-metropolitaine-etude-sur-la-geographie-de-la-sante>

ABSTRACTS

E-health contributes to the democratisation of knowledge regarding the access to healthcare among populations. In this sense, a free interactive website² enables each user to question various medical demography indicators of his own "lived territory". This website highlights the use of first-line care (access to emergency services) to identify the inadequacies between the care supply and the real care "needs" of the populations. In 2015, five hundred fifty-seven official emergency services operated in metropolitan France and received more than 17 million first-time visitors for emergency care. However, it is necessary to have a relevant territory reference shaping as closely as possible the spatial practice of users in order to provide the users (citizens, public authorities) with the objective view. The relevant territory reference is represented in this research by the « lived territory ». This research paper also proposes a projection for 2025 and 2030 of the theoretical needs in medical demography of general practitioners in these operational territories, i.e., « lived territories », in metropolitan France.

La e-santé participe à la démocratisation de la connaissance de l'accès aux soins des populations. Dans une volonté de démocratie sanitaire, un site internet interactif gratuit permet à chaque usager d'interroger les différents indicateurs liés à la démographie médicale de son propre « territoire vécu »¹.

Ce site propose d'interroger le recours aux soins de première ligne (accès aux services des urgences) pour identifier les inadéquations de l'offre de soins aux « besoins » réels des populations. En 2015, la France métropolitaine comptait 557 services officiels d'accueil des urgences qui accueillait plus de 17 millions primo-passages pour des soins d'urgences. Afin d'apporter un éclairage objectif à destination des usagers (citoyens, pouvoirs publics), il est nécessaire de disposer d'un territoire pertinent reflétant le plus fidèlement de la pratique spatiale des usagers, c'est-à-dire, un « territoire vécu ». Une projection à l'horizon 2025 et 2030, cible les besoins théoriques en termes de démographie médicale des médecins généralistes au niveau de ces territoires opérationnels.

INDEX

Mots-clés: Accès aux soins, diagnostic territorial, santé publique, adéquation de l'offre de soins, justice spatiale, prospective démographique.

Keywords: Access to care, territorial diagnosis, public health, adequacy of the care supply, spatial justice, demographic prospective.

AUTHORS

KATERINA KONONOVICH

Docteure en sciences de gestion, chercheuse associée au LIRSA (EA 4603), Conservatoire national des arts et métiers, 292 Rue Saint-Martin, 75003, Paris, katsiaryna.kananovich@lecnam.net.

JEAN-MARC MACÉ

Professeur des Universités, LIRSA (EA 4603), Conservatoire national des arts et métiers, 292 Rue Saint-Martin, 75003, Paris, jean-marc.mace@lecnam.net.