

# Indicateur d'accessibilité aux médecins généralistes

*Muriel BARLET<sup>1</sup>, Clémentine COLLIN<sup>2</sup>*

Les mesures de l'accessibilité potentielle aux soins classiquement utilisées sont la densité médicale et la distance d'accès aux soins. La distance d'accès au professionnel de santé définit la plus ou moins grande proximité aux soins mais ne tient pas compte de la quantité d'offre disponible.

De même, la densité médicale donne une offre agrégée disponible dans une zone géographique mais présente l'inconvénient de donner une image uniforme pour un ensemble de communes qu'elles soient bien ou mal desservies et de ne pas tenir compte de l'interaction avec les unités géographiques voisines formant ainsi des discontinuités. Ce projet consiste à construire un indicateur de disponibilité de l'offre plus pertinent.

La littérature étrangère est riche en développements méthodologiques sur la mesure de l'accessibilité spatiale aux soins. Les dernières études convergent vers un indicateur combinant à la fois l'offre et la demande de soins, et les effets de la distance sur l'accessibilité : la méthode du 2 step floating catchment area (2SFCA) développée notamment par Luo et Wang (2003).

Nous proposons dans ce papier de tester la pertinence et l'adaptation au contexte français de la méthode 2SFCA et de ses prolongements. Cet indicateur permet de calculer une densité de professionnels par commune qui tient compte de l'offre de professionnels et de la demande des patients des communes voisines. En ce sens, il ne souffre pas des deux principales critiques mentionnées ci-dessus qui peuvent être faites aux indicateurs de densité et de distance. La méthode 2SFCA permet de pondérer préalablement chaque médecin. L'offre potentielle d'un médecin sera d'autant moindre que sa zone de patientèle est peuplée. Cette pondération représente implicitement le temps moyen dont dispose le médecin pour chacun des patients de sa zone de patientèle.

Par ailleurs, on distinguera les facteurs spatiaux (distance, temps) et aspatiaux d'accessibilité (conditions sociodémographiques, mobilité, infrastructures de transport...). Cette étude portera principalement sur les facteurs spatiaux mais intégrera dans une seconde partie des facteurs complémentaires afin de proposer une définition pluridimensionnelle de l'accessibilité géographique aux services de santé.

L'étude s'attachera également à améliorer cet indicateur de base suivant plusieurs directions.

Tout d'abord, on analysera la sensibilité de l'indicateur au choix de la distance seuil. Ensuite, dans le calcul de l'indicateur la distance au sein de la zone considérée comme accessible ne compte pas. On peut palier ce défaut en pondérant professionnels et habitants par un facteur dépendant de la distance dans les deux étapes du calcul. Il faut pour cela choisir une fonction de pondération décroissante avec la distance. L'étude s'attachera à analyser la sensibilité de l'indicateur à l'introduction de telles fonctions.

Il est possible de compléter cet indicateur par d'autres critères non géographiques. Il nous paraît notamment important d'affiner la définition de l'offre à partir de la quotité de temps

---

<sup>1</sup> [Muriel.barlet@sante.gouv.fr](mailto:Muriel.barlet@sante.gouv.fr), DREES

<sup>2</sup> - [Clementine.collin@sante.gouv.fr](mailto:Clementine.collin@sante.gouv.fr), DREES

travaillé par le professionnel de santé ou le secteur conventionnel d'exercice du médecin, car l'accessibilité aux soins peut être limitée par des raisons financières. Suivant McGrail et Humphreys (2009), dans la première étape du calcul les patients potentiels peuvent être pondérés par leurs besoins de soins. De tels besoins sont difficiles à mesurer tant les déterminants en sont multiples mais on peut néanmoins pondérer chaque catégorie (définie par sexe) de la population par son taux moyen de recours.