



SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Les aspirations des médecins quant à leur lieu d'exercice
- 5 Existe-t-il des territoires « GP's friendly » en Île-de-France ?
- 16 Les instruments d'action publique remis en question par cette polarisation des médecins ?
- 21 Conclusion et perspectives
- 22 Références

OÙ S'INSTALLENT LES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÎLE-DE-FRANCE ?

QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LE ZONAGE MÉDECINS ?

En France, les politiques publiques de lutte contre les difficultés d'accessibilité territoriale aux médecins généralistes reposent sur des mesures d'incitation à l'installation. Aussi, tenir compte des aspirations de ces médecins pour délimiter les territoires sur lesquels la puissance publique les incite à exercer pourrait être intéressant.

Est-il ainsi possible d'identifier si certains territoires franciliens remplissent tout ou partie des conditions d'attractivité pour les médecins ?

Les dynamiques d'implantations récentes de médecins généralistes en Île-de-France confirment-elles que ces territoires attirent effectivement les médecins franciliens ?

Ces territoires sont-ils ceux ciblés à ce jour par le zonage médecins ?

L'analyse présentée dans le présent focus propose des éléments de réponse à ces questionnements

Auteur : Catherine Mangeney

Directrice de publication : Nathalie Beltzer

Introduction

En France, les politiques publiques de lutte contre les difficultés d'accessibilité territoriale aux médecins généralistes reposent sur des mesures d'*incitation* à l'installation. À ce jour, et dans un contexte de pénurie médicale et de désaffection pour la médecine générale et l'exercice libéral, toutes les tentatives d'incitation à l'installation ont été abandonnées. Pour être efficaces, les aides et mesures incitatives doivent rencontrer l'adhésion des médecins. Jusqu'à présent, les territoires où la puissance publique tente d'inciter des professionnels de santé à s'installer sont notamment sélectionnés sur la base des niveaux d'accessibilité aux soins des populations. Dans une visée pragmatique et opérationnelle, compléter cette approche en prenant également en considération les aspirations des médecins et les logiques de structuration et de fonctionnement de l'écosystème territorial francilien pourrait être intéressant.

Différentes études ont questionné les médecins sur ce qui les motive quand ils choisissent leur lieu d'exercice. Au-delà des facteurs individuels (attaches familiales ou amicales), la qualité du cadre d'exercice professionnel, mais aussi la qualité du cadre de vie pour le médecin et sa famille, l'accès à l'emploi pour le ou la conjoint(e) et l'accès à une école de qualité pour les enfants, à des équipements culturels et sportifs, etc... sont autant de facteurs prépondérants du choix de leur lieu d'installation.

Il est ainsi possible d'identifier si certains territoires franciliens remplissent tout ou partie des conditions d'attractivité pour les médecins : existe-t-il des lieux qui pourraient être considérés comme étant potentiellement « favorables » à l'exercice des médecins généralistes, de la même manière que certains territoires sont dits « favorables » au vieillissement ou « *age friendly* » (OMS, 2007 ; FNAU, 2021 ; Laborde et al., 2022 notamment) ? L'analyse des dynamiques d'implantations récentes de médecins généralistes en Île-de-France confirme-t-elle que les territoires identifiés comme potentiellement « *GP's friendly*¹ » attirent effectivement les médecins franciliens ? Ces territoires sont-ils ceux ciblés à ce jour par le zonage médecins² ?

L'analyse présentée dans le présent focus propose des éléments de réponse à ces questionnements. Les aspirations des médecins quant à leur lieu d'exercice sont rappelées en premier lieu. Une typologie des communes franciliennes est ensuite réalisée pour identifier celles potentiellement les plus attractives pour les médecins libéraux. Nous vérifions ensuite que les nouvelles installations de médecins (installations ayant eu lieu entre 2018 et 2021) se sont effectivement faites en très grande majorité dans les communes identifiées comme potentiellement attractives, et ce, que ce soit pour les médecins généralistes mais également pour d'autres spécialités médicales d'accès courant (pédiatres, gynécologues, psychiatres, cardiologues). Nous questionnons enfin la pertinence des instruments d'action publique et notamment du zonage médecins à l'aune de ces résultats.

¹ « GP » pour « *General Practitioner* » (ou médecin généraliste).

² Depuis 2005, la législation française (article L.1434-4 du code de la santé publique) prévoit que, dans chaque région, soient délimitées des zones considérées comme en déficit en matière d'offre médicale. Les médecins (libéraux en cabinet individuel ou de groupe, en maisons ou pôles de santé et salariés des centres de santé) qui y exercent ou qui viennent s'y installer peuvent bénéficier d'un certain nombre d'aides publiques. L'objectif de ce « zonage médecins » est de servir une politique publique visant à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé de ville. À ce jour, le zonage médecins est élaboré sur la base des secteurs en difficulté d'accessibilité aux médecins généralistes. Pourtant, dans l'attente de zonages spécifiques pour les autres spécialités médicales, il s'applique à l'ensemble des médecins.

Les aspirations des médecins quant à leur lieu d'exercice

Les aspirations des médecins quant à leur choix du lieu et des modalités d'exercice ont fait l'objet de différentes enquêtes et analyses en France comme à l'étranger (Samson et Delattre, 2012 ; Ono et al., 2014 ; Hurel et al., 2015 ; Dumontet et al., 2016 ; Cnom, 2019 ; Chaput et al., 2020 ; Isnar-IMG, 2020 ; Polton et al., 2021 notamment pour ne citer que les plus récentes). Par ailleurs, en France, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a, en 2019, interrogé plus de 15 000 médecins¹ (internes, remplaçants ou installés) sur les raisons qui motiveront ou ont motivé leur choix de lieu d'exercice. Le quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville d'octobre 2018 à avril 2019 donne également quelques éléments de compréhension des facteurs ayant motivé les médecins généralistes à choisir leur localisation d'installation (Fig. 1).

La qualité professionnelle du cadre d'exercice

Parmi les facteurs de choix figure la qualité professionnelle du cadre d'exercice (présence d'une offre hospitalière, de plateaux techniques ou d'autres professionnels de santé avec qui échanger et assurer le suivi des patients). Ainsi, pour les jeunes remplaçants et les jeunes internes, la présence d'autres professionnels de santé ou d'établissements de santé est évoquée comme un facteur qui pèsera de manière tout à fait (respectivement 59 et 45 %) ou plutôt (28 et 36 %) déterminante lorsqu'ils auront à choisir leur lieu d'installation. Dans une perspective plus réflexive, les médecins en exercice, eux, présentent ce critère comme ayant été tout à fait (30 %) ou plutôt (29 %) déterminant lorsqu'ils ont choisi leur lieu d'installation (Cnom, 2019). Le quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville indique également que, pour les médecins généralistes spécifiquement, la présence d'une offre de soins dans le secteur en général (spécialistes, pharmaciens, etc.) a guidé le choix du lieu d'installation de 56 % des jeunes médecins de moins de 40 ans et de 52 % des médecins de 40 à 59 ans (Chaput et al., 2020).

De fait, la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels est largement plébiscité par 73 % des jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans (Chaput et al. 2020) et par 72 % des jeunes internes (Cnom, 2019).

Des facteurs plus personnels jouent également de manière prépondérante

Au-delà de la qualité du cadre professionnel d'exercice, d'autres facteurs plus personnels entrent également en jeu et **de manière encore plus marquée**.

L'équilibre avec le conjoint

Le choix du lieu d'installation n'est pas qu'une affaire personnelle pour le médecin. En effet, son lieu d'exercice détermine en partie son lieu de résidence, puisque les navettes domicile-travail doivent pouvoir être réalisées quotidiennement. Celles de son ou de sa conjoint(e) également. Ainsi, le choix de la localisation du lieu d'exercice dépend du choix de localisation du lieu de résidence, qui est déterminé par les contraintes et les aspirations personnelles et professionnelles du médecin et de son ou de sa conjoint(e). De fait, l'enquête du CNOM indique que les internes sont 86 % à penser que leur conjoint(e) déterminera le choix de leur lieu d'implantation. Les jeunes médecins, quant à eux, sont également nombreux à dire que leur conjoint(e) a joué une part importante dans leur choix de localisation d'exercice : 41 % déclarent que cela a joué « *tout à fait ou plutôt* » et 26 % disent que cela a joué « *partiellement* ».

Selon 86 % des jeunes internes, le ou la conjoint(e) influencera tout à fait ou plutôt le choix de leur lieu d'implantation

La qualité du cadre de vie pour le professionnel et sa famille

Plus globalement, la qualité du cadre de vie (climat, accès à la nature, à l'emploi, aux équipements et services éducatifs, commerciaux, culturels, de loisirs...) pour le ou la médecin, son(sa) conjoint(e) et ses enfants est un facteur essentiel du choix de localisation.

Ainsi, par exemple, selon l'enquête du CNOM, les jeunes internes et les remplaçants sont respectivement 62 % et 60 % à dire vouloir s'installer dans un territoire bien doté en services publics de qualité, en offre de transports (52 et 37 %) ou en équipements culturels et sportifs (33 et 22 %). Inversement, le coût du logement est ressenti comme un frein à l'installation par un quart d'entre eux (26 et 25 %). Pour les médecins installés, la présence et la qualité des services publics sur le territoire est cité comme un facteur ayant été essentiel ou important dans le choix de leur lieu d'exercice dans

¹ Toutes spécialités et modes d'exercice confondus.

environ 55 % des cas. La présence d'équipements culturels et sportifs ou d'une offre de transports sont également largement citées comme des facteurs essentiels ou importants (dans près de 40 % des cas). Les médecins installés confirment que le coût du logement a constitué un élément important de leur choix de localisation d'installation (dans près d'un quart des cas).

Le panel des médecins généralistes aboutit aux mêmes ordres de grandeur : les facilités pour la famille du médecin (travail du conjoint, école des enfants, etc.) ont été un facteur motivant le lieu d'exercice pour 71 % des médecins de moins de 40 ans (Chaput et al., 2020).

La proximité familiale, les attaches et la connaissance du territoire

La connaissance du territoire, notamment parce qu'on y a grandi ou parce qu'on y a des attaches familiales ou amicales, est également un puissant facteur de choix du lieu d'installation.

L'enquête du CNOM indique que la proximité familiale et l'attachement au territoire sont des facteurs clés du choix du lieu d'installation puisque 61 % (proximité familiale) et 36 % (attachement au territoire) des internes les mentionnent comme des facteurs qui guideront leur prise de décision quant à la localisation de leur installation. Ces proportions sont identiques (respectivement 60 et 37 %) chez les remplaçants. De même, la proximité familiale a été un facteur essentiel

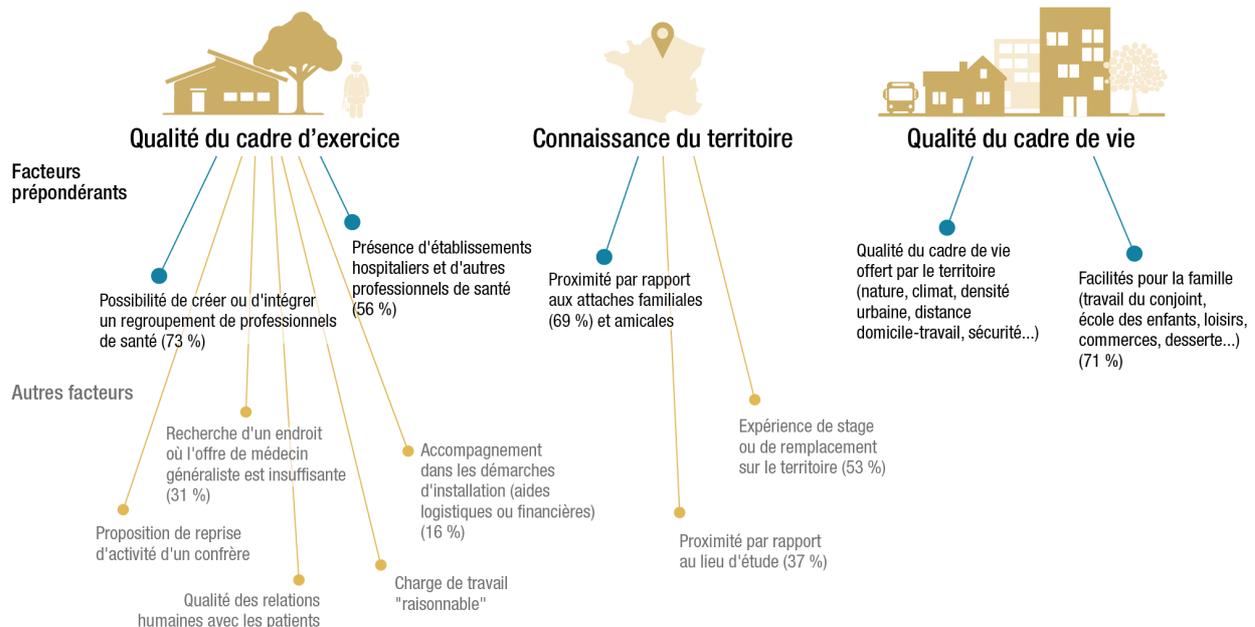
ou important dans le choix du lieu d'exercice pour près de 40 % des médecins installés. L'attachement au territoire a joué un rôle prépondérant pour plus de 30 % d'entre eux (CNOM, 2019).

Le panel des médecins généralistes confirme que la proximité géographique par rapport aux attaches familiales joue un rôle essentiel puisqu'elle est citée comme facteur de choix du lieu d'exercice par 69 % des médecins interrogés et ce, quel que soit leur âge (Chaput et al., 2020).

Les aides financières : un plus mais pas un facteur prépondérant

Le panel des médecins généralistes indique que moins d'un tiers d'entre eux ont été guidés dans leur choix de lieu d'exercice par la recherche d'un endroit où l'offre de médecins généralistes était insuffisante. Et les incitations logistiques ou financières à l'installation semblent également jouer assez faiblement sur le choix du lieu d'exercice : 5 à 6 % seulement des médecins généralistes de 40 à 59 ans et de 60 ans et plus déclarent que cela a influencé leur choix, 16 % chez les médecins généralistes de moins de 40 ans (Chaput et al. 2020). Chez les internes, 58 % estiment que les aides financières n'influenceront que peu, partiellement voire pas du tout le choix de leur lieu d'exercice à venir (Cnom, 2019).

Figure 1 : Les principaux éléments de motivation du choix du lieu d'exercice des médecins généralistes en France



Lecture : Les pourcentages indiquent, quand l'information est disponible, la proportion de médecins généralistes de moins de 40 ans se déclarant guidés dans leur choix de lieu d'installation par le facteur mentionné (selon le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2018-2019).

Sources : DREES, Chaput et al. 2020 et CGET, Hurel et al. 2015.

Existe-t-il des territoires « GP's friendly » en Île-de-France ?

Les médecins privilégient un cadre de vie agréable pour eux et leur famille quand ils choisissent leur lieu d'exercice¹. D'après les éléments cités précédemment par les jeunes médecins eux-mêmes, un cadre de vie qu'ils jugent « agréable » implique notamment la présence d'équipements et services, sanitaires mais pas uniquement. Compte tenu de cela, il est possible de considérer que les espaces bien dotés en équipements et services présentent un véritable potentiel d'attractivité pour les médecins en recherche d'un lieu d'exercice.

Elaboration d'une typologie communale reflétant la présence d'équipements et services diversifiés

À partir de la base permanente des équipements (BPE) de l'Insee, une typologie des espaces franciliens en fonction de la présence d'une diversité d'équipements et services peut être établie.

Une approche par présence/absence d'une pluralité d'équipements et services au sein des différentes communes franciliennes est ici retenue.

Pourquoi retenir l'échelle communale ?

Puisqu'il s'agit d'identifier des secteurs porteurs d'attractivité où les pouvoirs publics inciteraient les médecins à exercer, pourquoi retenir l'échelle communale et pas une échelle plus large telle que le « territoire de vie santé² » comme cela est préconisé par les textes réglementaires ? Pourquoi ne pas réfléchir à l'échelle du « bassin de vie » de l'Insee ? Pourquoi ne pas s'appuyer plutôt sur les intercommunalités qui peuvent ou pourraient être actives dans la mise en place de mesures incitatives pour attirer des médecins ? Bref, pourquoi ne pas choisir une échelle géographique plus large que la commune et plus « signifiante » de manière réglementaire (territoires de vie santé), de manière fonctionnelle (bassin de vie) ou en termes de gouvernance et d'action publique (intercommunalités) ?

Deux raisons principales à cela :

La première est que la concentration des équipements et services a du sens en termes d'attractivité territoriale et d'armature urbaine (Jousseau et Talandier, 2016) et que, en France, l'armature urbaine, l'attractivité territoriale de même que les opérations locales

d'aménagement et d'urbanisme et l'action publique locale sont encore en grande partie liées, pensées et portées au niveau communal (plans locaux d'urbanisme, équipements communaux... mais aussi système électoral, concurrence territoriale et revendications citoyennes).

De plus, la concentration d'« *aménités de la vie citadine (commerces, écoles, culture, loisirs, services médicaux et administratifs)* » (Marchal et Stébé, 2014) octroie à un territoire un attribut de centralité et d'attractivité. Elle lui garantit un pouvoir de polarisation sur les espaces environnants (Lebrun, 2022) et, dans un effet « *boule de neige* », favorise l'implantation d'autres équipements et services (Gaschet et Lacour, 2002). Elle facilite en outre l'organisation de la desserte (transports en commun, transports à la demande...), permettant à la polarité de desservir les territoires avoisinants, et à ses équipements et services de desservir une population plus large que la commune d'implantation (Boutet et al., 2019).

C'est ainsi dans des centralités que semble se concentrer l'offre d'équipements publics et privés en vue du maintien d'une certaine équité d'accessibilité aux équipements et services dans un contexte de rétraction et de raréfaction (Godoye et Genre-Grandpierre, 2023). C'est enfin autour de centralités communales périphériques concurrentielles aux centres-villes historiques ou aux métropoles que se réorganisent aujourd'hui les pratiques de mobilité quotidienne (Bonnin-Oliveira, 2016) et que se jouent une partie des enjeux de cohésion des territoires (Barczak et Hilal, 2016 ; Baudet-Michel et al., 2019 ; Boutet et al., 2019 ; ANCT, 2020).

Par ailleurs, au niveau des professionnels de santé, la concentration a également du sens, puisqu'elle facilite le développement des exercices collectifs et coordonnés en maisons de santé pluriprofessionnelles notamment largement encouragés aujourd'hui par les puissances publiques et plébiscités par les jeunes professionnels de santé (Bourgueil et al., 2021 ; HCAAM, 2022). Enjeu d'autant plus important que ces modes d'exercice collectif semblent permettre de ralentir le processus de désertification médicale notamment dans les zones rurales (Chevallard et al., 2013 ; Chevallard et Mousques, 2020).

¹ Qui peut différer de leur lieu de résidence, même si l'on fait l'hypothèse ici que les médecins cherchent à minimiser leurs navettes domicile-travail et privilégient des lieux d'exercice qui leur permettent de trouver, à « proximité », un lieu de résidence qui leur convienne, à eux et à leur famille.

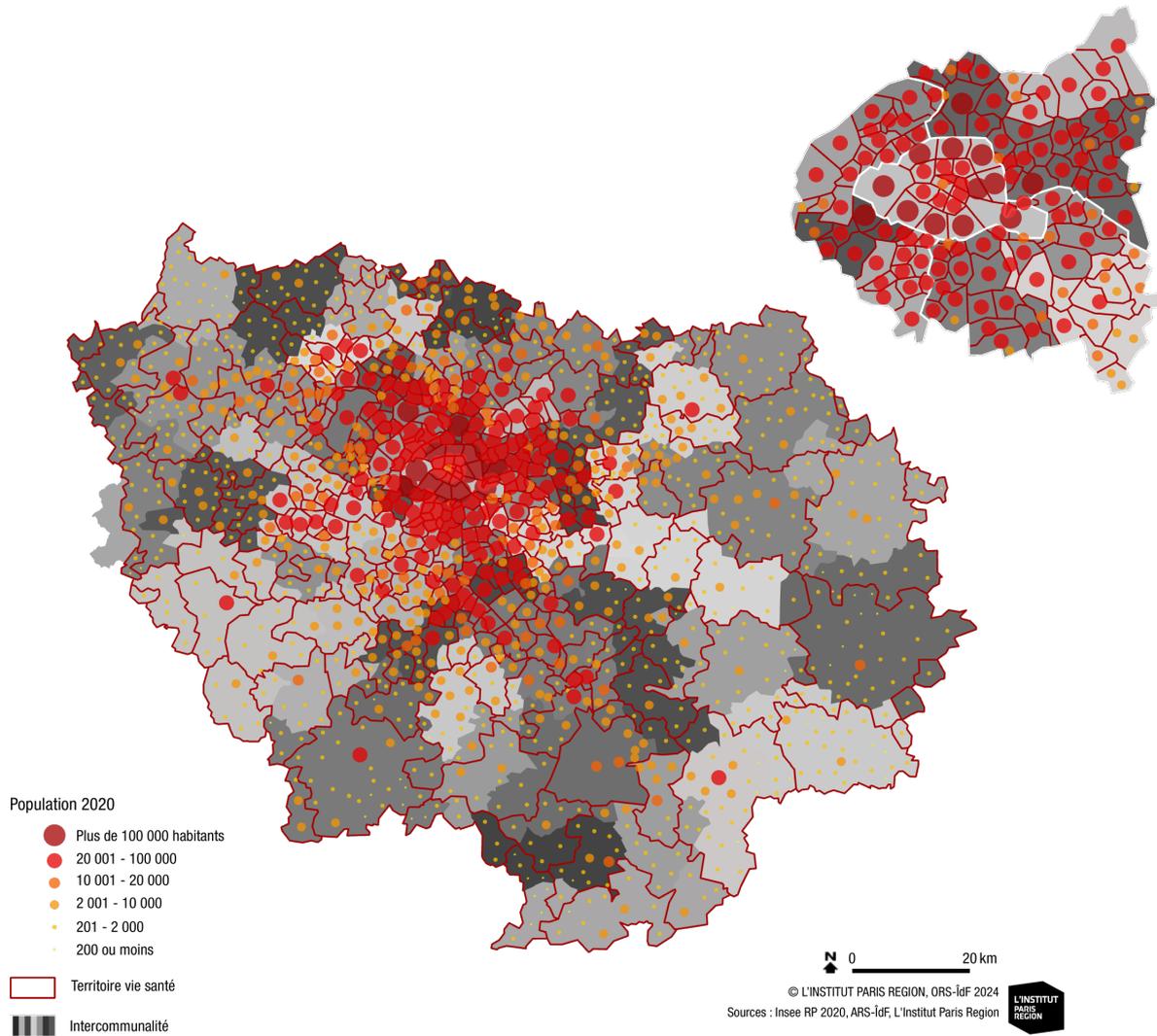
² Le découpage en bassin de vie de l'Insee part du principe que les unités urbaines préalablement établies sont insécables. Certains bassins de vie, notamment le bassin de vie parisien, couvrent ainsi de très larges étendues géographiques. Les « territoires de vie santé » découpent les grands bassins de vie de plus de 50 000 habitants pour mieux rendre compte de l'accès aux équipements et services au sein des territoires les plus urbanisés.

La seconde raison est qu'une échelle plus large ne serait pas forcément réellement opérationnelle.

Dans le cœur d'agglomération parisienne, les « territoires de vie santé » s'apparentent aux communes tandis que l'ensemble de l'unité urbaine de Paris ne forme (par construction) qu'un seul bassin de vie.

Dans les espaces plus périphériques, les territoires de vie santé, les bassins de vie et les intercommunalités sont composés d'un regroupement de communes. Au sein de ces regroupements, certaines communes sont de véritables pôles urbains, petites villes ou bourgs-centres (Jousseaume et Talandier, 2016). D'autres sont très peu peuplées (Fig. 2) et risquent d'être très peu attractives pour les professionnels de santé.

Figure 2 : Population communale, territoires de vie santé et EPCI/EPT en Île-de-France



Sources : RP 2020, IPR, ARS

En termes d'armature urbaine, le territoire de vie santé (TVS) ou les intercommunalités (EPCI) de grande couronne ne sont donc pas des espaces isotropes. Ainsi, les médecins risquent de ne s'installer que dans certaines communes de ces TVS et EPCI. C'est l'identification de ces communes qui est l'enjeu du présent travail.

Pourquoi ne considérer que la présence/absence d'équipements et services ?

De nombreux critères (nombre d'équipements et services, qualité ou notoriété, disponibilité, horaires d'ouverture...) pourraient utilement décrire avec précision la capacité d'attractivité des communes pour les médecins. Toutefois pour des raisons pragmatiques, le choix est fait d'établir une typologie basée uniquement sur la présence/absence des différents types d'équipements et services.

En effet, certains de ces autres critères (qualité, notoriété, horaires d'ouverture) ne sont pas disponibles de manière exhaustive sur l'ensemble de la région, que ce soit dans la base permanente des équipements (BPE) de l'Insee ou dans quelque autre base de données que ce soit. D'autres (nombre d'équipements et services et « disponibilité ») sont difficilement quantifiables à partir de la BPE, puisque classés de manière parfois potentiellement redondante. Ainsi, par exemple, un équipement pourra figurer à la fois comme « hôpital », comme « maternité » (si l'hôpital dispose d'un service de maternité) et comme « service d'urgences hospitalières ».

Par ailleurs, pour aller au-delà de la simple présence/absence, le nombre d'équipements et services présents dans la commune ne suffit pas. Il faut le rapporter aux besoins et donc à la population pour penser en termes de taux d'équipement.

Pour autant, rapporter le nombre d'équipements et services à la population pose toute une série de questions complexes : à quelles populations rapporter un nombre d'équipements ?

À la population communale ou à la population de la commune et des communes voisines, également susceptibles de recourir à cet équipement ou à ce service ? À la population dans son ensemble ou à une portion d'entre elle (les jeunes enfants de moins de 3 ans pour les crèches, ...) ? Auquel cas, il faudrait établir une pondération des populations selon leur âge et leur besoin de recours à l'équipement considéré. Cela nécessiterait d'avoir défini au préalable, pour les différentes catégories de population, la distance-temps considérée comme « acceptable » pour accéder aux différents services prodigués (on n'a pas besoin d'un service de chirurgie de pointe à proximité immédiate de chez soi, tandis que la proximité peut être nécessaire pour une pharmacie ou un médecin généraliste par exemple). Selon quels critères évaluer cette distance « acceptable » ?

De plus, au-delà de la question de la quantification de la population potentiellement usagère de l'équipement et de l'établissement d'une norme de distance acceptable, il faudrait également intégrer au « taux d'équipement » un indicateur reflétant la « quantité » d'offre proposée par équipement (donnée non disponible dans la BPE) : une crèche de 20 places ne peut pas être comptabilisée de la même manière qu'une crèche de 200 places par exemple. Il en est de même pour les établissements hospitaliers par exemple, pour les salles de spectacles, les écoles, etc. La diversité des services proposés au sein de l'équipement devrait également être considérée. Pour les commerces, plus que d'un seuil de fréquentation maximal, il s'agirait de tenir compte de la nature des produits proposés, du volume de la surface de vente... (Albe-Tersiguel et al., 2008 notamment).

Ainsi, une typologie basée sur la présence/absence d'une diversité d'équipements et services au niveau communal peut finalement être considérée comme un *proxy* opérationnel du potentiel d'attractivité des communes pour les professionnels de santé.

La base permanente des équipements (BPE) et les équipements et services retenus pour la typologie

Depuis 2008, la base permanente des équipements (BPE) de l'Insee répertorie à la commune, à l'îlot regroupés pour l'information statistique (IRIS) ou à l'adresse un large éventail d'équipements et de services, marchands ou non, accessibles au public que ce soit dans le domaine des services aux particuliers, des commerces, de l'enseignement, de la santé et du social, des transports, du sport, des loisirs, de la culture et du tourisme.

Les équipements et services retenus pour la typologie font partie des catégories suivantes : commerces alimentaires (hyper ou supermarchés, supérettes et épicerie, boucheries, poissonneries, surgelés et boulangeries) et commerces non alimentaires et services au particulier (de vêtements, de chaussures, de sport ou de loisirs, d'équipements du foyer, bijouteries, parfumeries et autres produits cosmétiques, quincailleries et drogueries, vente de journaux, papeteries et librairies, fleuriste, opticiens, banque, bureau/antenne ou relai de poste, école de conduite) ; éducation et formation (de la maternelle au lycée en distinguant les établissements publics et privés, et enseignement supérieur) ; sports, loisirs et culture (équipements sportifs, site patrimonial, musées, salles de spectacles, cinémas, bibliothèques, conservatoires, restaurants). Pour le domaine sanitaire, ont été retenus les établissements hospitaliers de court séjour ou en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en gardant l'indication sur la présence d'un centre de lutte contre le cancer (CLCC), d'une maternité ou d'un service d'urgences, de moyen et de long séjour, de psychiatrie

complète ou ambulatoire, les structures d'exercice collectif (centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)), les médecins libéraux (médecins généralistes et spécialistes), les paramédicaux et les autres services d'imagerie, d'analyses médicales et de pharmacie.

À partir des 67 variables ainsi retenues (présence/absence du type d'équipement et service sur la commune), une analyse factorielle multiple (AFM) puis une classification ascendante hiérarchique sur les composantes principales (HCPC sur AFM) ont été réalisées sous R (Encadré 1).

Six catégories de communes

La typologie établit six catégories de communes franciliennes présentant des profils différenciés quant à la diversité de l'offre en équipements et services qu'elles proposent.

Les deux premiers groupes (**clusters n°1 et 2**) correspondent aux communes où la présence d'équipements et services est très faible (Fig. 3).

Les communes du **cluster n°3** sont un peu mieux équipées, notamment en commerces, en médecins généralistes, paramédicaux et pharmacies.

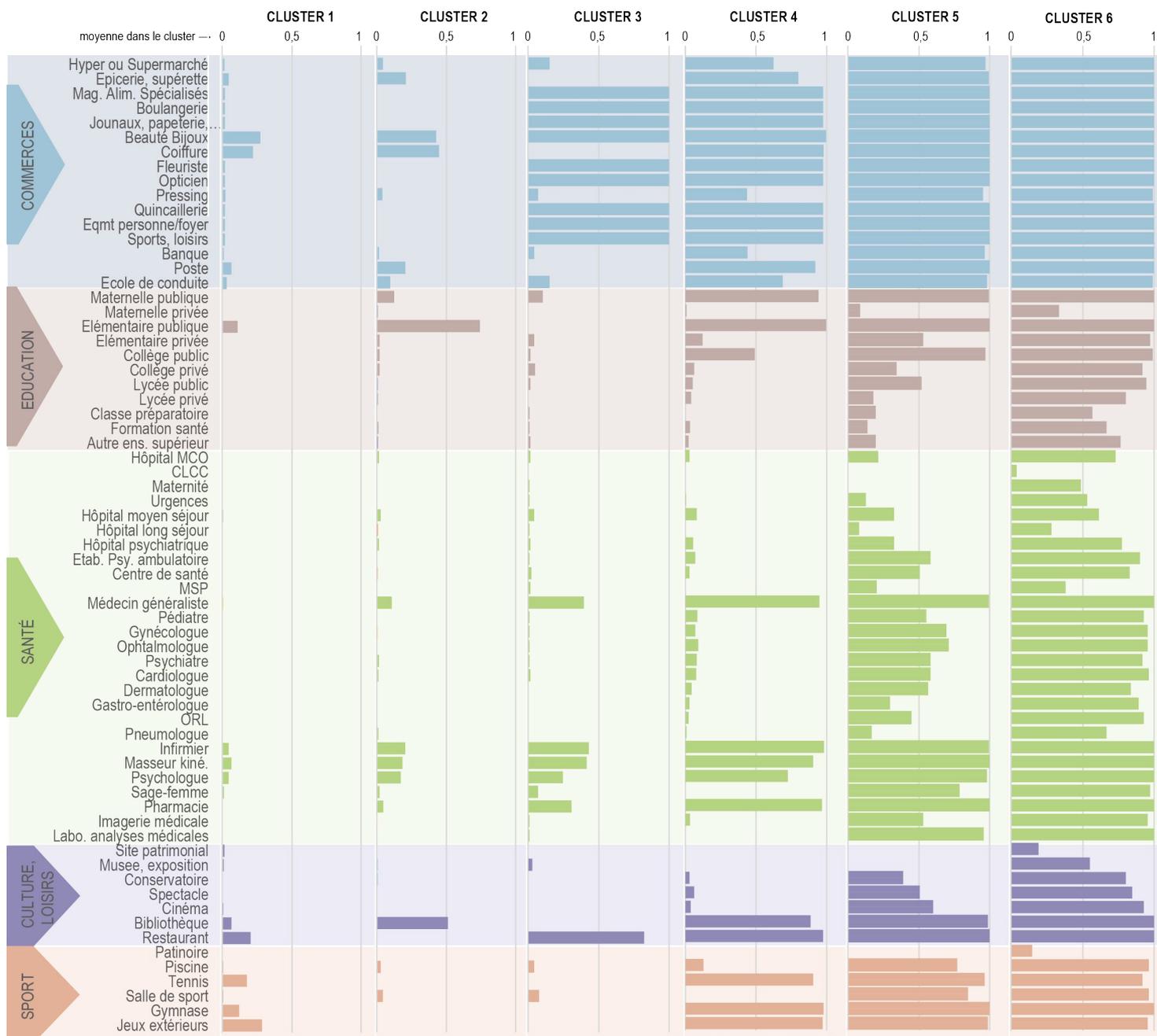
Dans les communes du **cluster n°4**, la présence de commerces s'étoffe encore, la présence d'écoles maternelles et élémentaires est quasiment généralisée, certaines communes disposent même d'un collège public. Médecins généralistes, paramédicaux et pharmacies sont quasiment systématiquement présents, de même que les bibliothèques, restaurants, tennis, gymnases et terrains de grands jeux extérieurs.

Les communes des **clusters n°5 et 6** sont les communes qui présentent la plus grande diversité d'équipements et services : l'ensemble des commerces y sont présents, de même que les équipements scolaires du 1^{er} degré ainsi que les collèges publics. Les lycées sont présents dans certaines communes du cluster 5 et dans quasiment toutes les communes du cluster 6 où l'offre privée est également conséquente de même que l'offre d'enseignement supérieur. Les structures hospitalières et d'exercice de ville collectif (centres de santé et MSP) ainsi que les spécialistes de ville y apparaissent également (cluster 5) et sont très présents dans les communes du cluster 6. Les équipements culturels, de loisirs ou sportifs y sont également très présents.

Encadré 1 – L'analyse factorielle multiple

L'AFM est une méthode d'analyse de données multivariées permettant de résumer et de visualiser un tableau de données complexe, dans lequel les individus (ici les communes franciliennes) sont décrits par plusieurs ensembles de variables (quantitatives et/ou qualitatives), structurés en groupes (ici groupes des équipements et services (E&S) commerciaux, groupes des E&S d'éducation, groupes des E&S de santé et groupes des E&S de sport-culture-loisirs). L'AFM prend en compte la contribution de tous les groupes actifs de variables pour définir la distance entre les individus. Le nombre de variables dans chaque groupe peut différer et la nature des variables (qualitatives ou quantitatives) peut varier d'un groupe à l'autre, mais les variables doivent être de même nature dans un groupe donné. L'AFM fonctionne comme une analyse factorielle générale dont le cœur est basé sur l'analyse en composantes principales (ACP) lorsque les variables sont quantitatives et sur l'analyse des correspondances multiples (ACM) lorsque les variables sont qualitatives. Cette analyse globale, dans laquelle plusieurs ensembles de variables sont considérés simultanément, équilibre les influences de chaque ensemble de variables en pondérant les variables lors de l'analyse. Les variables du même groupe sont normalisées en utilisant la même valeur de pondération, qui peut varier d'un groupe à l'autre. Techniquement, l'AFM attribue à chaque variable du groupe j , un poids égal à l'inverse de la première valeur propre de l'analyse (ACP ou ACM selon le type de variable) du groupe j (Escofier et Pagès, 1984 ; Bécue-Bertaut et Pagès, 2008 ; Abdi et Williams, 2010 ; Feuillet et al., 2016 ; Kassambara, 2017).

Figure 3 : Profil des six groupes de communes



Lecture : Dans les communes appartenant au cluster 1, la présence de commerces alimentaires ou non alimentaires est rare, de même que la présence de professionnels de santé paramédicaux. Ces communes sont parfois dotées d'écoles élémentaires publiques, de bibliothèque, restaurants, gymnase ou d'équipements sportifs d'extérieurs. Les autres équipements et services ne sont pas présents au sein de ces communes.

Les écoles élémentaires sont plus souvent présentes dans les communes du cluster 2, de même que les épiceries et supérettes, les écoles maternelles, les bureaux de poste... Sur certaines communes de ce cluster, on note la présence de médecin généraliste.

Les commerces sont bien plus largement présents dans les communes du cluster 3, de même que les médecins généralistes ou les pharmacies.

La présence d'une offre d'équipements et services diversifiée s'accroît encore pour les communes des clusters 4, 5 et 6.

Les communes du cluster 6 sont celles qui présentent la gamme la plus large d'équipements et services de tout type.

Source : BPE 2021 Insee – Traitements ORS IDF

Les communes peu dotées en équipements et services des deux premiers clusters sont des communes principalement situées en secteur périurbain et rural hors de l'agglomération parisienne (Fig. 4).

À l'inverse, les communes bien dotées d'une offre diversifiée d'équipements et services des deux derniers clusters sont principalement localisées dans l'agglomération parisienne mais maillent également le territoire de la grande couronne francilienne (pôles urbains hors agglomération parisienne).

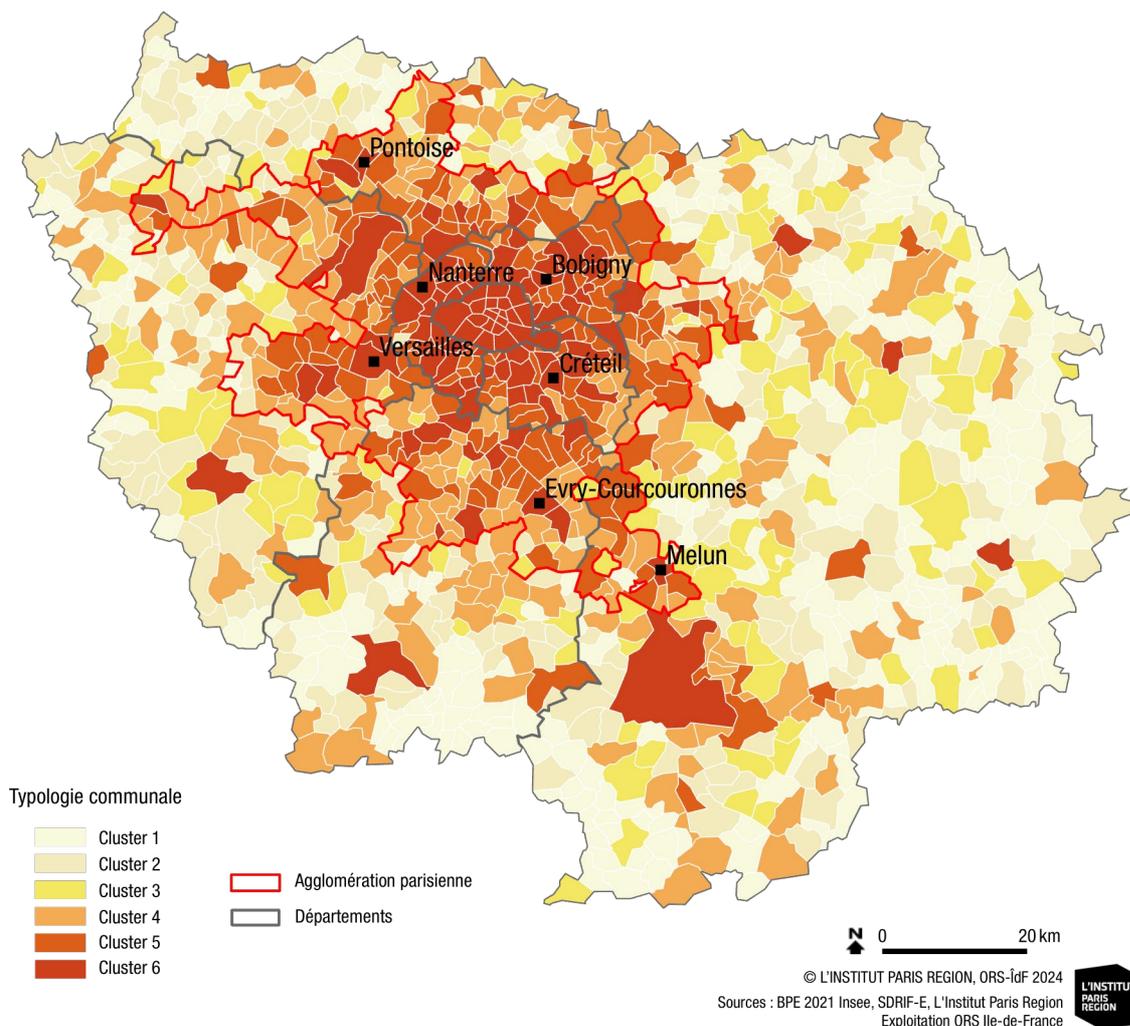
Les communes intermédiaires des clusters 3 et 4 sont plutôt situées aux franges de l'agglomération parisienne et dans les couronnes des pôles urbains secondaires de grande couronne.

Les communes des clusters 5 et 6 correspondent par ailleurs aux centralités majeures et polarités à conforter identifiées par le nouveau schéma directeur de la région Île-de-France (SDRIF-E 2040) pour structurer

l'armature urbaine et le développement régional (Fig. 4).

Ce SDRIF-E 2040, document cadre de la planification régionale d'aménagement du territoire, établit que le fonctionnement régional est fait d'interdépendances spécialisées, d'échelles superposées et de polarités multiples. Le projet spatial régional qui y est développé organise la réponse aux besoins dans un contexte de sobriété écologique. Il organise ainsi la densification au travers de notions clés : intensité, compacité, multipolarité. Cette multipolarité hiérarchisée articule les pôles urbains à l'intérieur du cœur de métropole, les centres historiques et les villes nouvelles intégrées à l'agglomération, et les agglomérations, bourgs et villages qui structurent les territoires ruraux. « *Par ces polarités, l'espace peut se structurer et des bassins de vie peuvent s'affirmer* » y est-il précisé.

Figure 4 : Cartographie de la typologie communale



Sources : BPE 2021 Insee, SDRIF-E, IPR – Traitements ORS IDF

Les médecins généralistes s'installent-ils effectivement dans les communes les mieux équipées ?

D'après la typologie précédente, les territoires potentiellement favorables à l'installation de nouveaux médecins généralistes en Île-de-France sont en cohérence avec ceux que la planification régionale vise à renforcer. Inciter les médecins à y exercer pourrait conforter ces centralités. Inversement, les politiques publiques d'aménagement pourraient renforcer l'attractivité de ces territoires pour les médecins généralistes. Toute la question est de savoir si les médecins généralistes qui s'installent en Île-de-France privilégient effectivement ces espaces.

Une analyse des localisations d'implantation des médecins généralistes libéraux franciliens, et notamment des médecins récemment installés en Île-de-France, semble confirmer l'attractivité des communes les mieux dotées en équipements et services.

Plus de nouveaux médecins installés entre 2018 et 2021 qu'entre 2012 et 2015

Il ressort en premier lieu (Fig. 5) que le nombre de médecins généralistes libéraux qui se sont installés en Île-de-France entre 2018 et 2021 est plus élevé que celui des médecins qui se sont installés en Île-de-France entre 2012 et 2015 : 1 494 contre 927.

Les nouveaux médecins généralistes se répartissent sur le territoire selon les mêmes logiques que leurs prédécesseurs

Il ressort en second lieu que les nouveaux médecins se répartissent sur le territoire francilien de manière sensiblement identique à leurs prédécesseurs (Fig. 5). En effet, 22 % des nouveaux médecins généralistes libéraux qui se sont installés en Île-de-France depuis 2018 se sont installés à Paris, 34,6 % dans une commune de petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), et 43,4 % dans une commune de grande couronne (Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise). Cette répartition est sensiblement similaire à celle des médecins déjà installés en Île-de-France (installés avant 2018) et à celle que l'on observe à partir des données de 2015. On note cependant un léger recentrage en faveur de Paris comparativement aux dynamiques d'implantation observées dans les années 2012-2015, où les médecins étaient un peu plus nombreux à s'installer en grande couronne.

La probabilité d'installation est plus forte dans les communes bien dotées en équipements et services

Au-delà de la répartition par département, les données montrent que la présence médicale et les nouvelles installations concernent en très grande majorité les communes bien dotées en équipements et services : en 2021, 359 des 517 médecins en petite couronne hors Paris (soit 69,4 %) exercent dans une commune appartenant à la classe 6 de la typologie (communes très bien dotées en équipements et services), 28,6 % dans une commune de classe 5. En grande couronne, les nouveaux médecins s'installent également de préférence dans les communes de classe 5 (39,6 %) et 6 (31,9 %).

Les autres communes moins dotées en équipements et services semblent peu attractives pour les médecins généralistes : aucune installation nouvelle n'a été observée entre 2018 et 2021 dans les communes de classe 1 de la typologie. Seules 1,3 % des nouvelles installations ont eu lieu dans les communes des classes 2 et 3, et 11,7 % dans les communes de classe 4.

Figure 5 : Répartition des médecins généralistes libéraux franciliens à Paris, petite et grande couronne et selon les niveaux d'équipements et services de la commune d'implantation (clusters) et la date d'installation

a. Situation en 2021

Localisation de la commune d'exercice	Classe de la typologie équipements	Effectifs			Pourcentages (%)		
		Date d'installation			Date d'installation		
		Avant 2018	En 2018 ou après	Total général	Avant 2018	En 2018 ou après	Total général
Paris	Cluster 6	1 384	328	1 712	22,2	22,0	22,2
	Total	1 384	328	1 712	22,2	22,0	22,2
Petite Couronne	Cluster 2	1		1	0,0	0,0	0,0
	Cluster 4	58	10	68	0,9	0,7	0,9
	Cluster 5	603	148	751	9,7	9,9	9,7
	Cluster 6	1 526	359	1 885	24,5	24,0	24,4
	Total	2 188	517	2 705	35,2	34,6	35,1
Grande Couronne	Cluster 1	1		1	0,0	0,0	0,0
	Cluster 2	37	4	41	0,6	0,3	0,5
	Cluster 3	79	16	95	1,3	1,1	1,2
	Cluster 4	653	165	818	10,5	11,0	10,6
	Cluster 5	1 168	257	1 425	18,8	17,2	18,5
	Cluster 6	713	207	920	11,5	13,9	11,9
	Total	2 651	649	3 300	42,6	43,4	42,8
Île-de-France		6 223	1 494	7 717	100,0	100,0	100,0

b. Situation en 2015

Localisation de la commune d'exercice	Classe de la typologie équipements	Effectifs			%		
		Date d'installation			Date d'installation		
		Avant 2012	En 2012 ou après	Total général	Avant 2012	En 2012 ou après	Total général
Paris	Cluster 6	1 561	171	1 732	21,5	18,4	21,2
	Total	1 561	171	1 732	21,5	18,4	21,2
Petite Couronne	Cluster 2	3		3	0,0	0,0	0,0
	Cluster 4	68	8	76	0,9	0,9	0,9
	Cluster 5	692	91	783	9,6	9,8	9,6
	Cluster 6	1 791	211	2 002	24,7	22,8	24,5
	Total	2 554	310	2 864	35,2	33,4	35,0
Grande Couronne	Cluster 1	3		3	0,0	0,0	0,0
	Cluster 2	45	9	54	0,6	1,0	0,7
	Cluster 3	98	10	108	1,4	1,1	1,3
	Cluster 4	783	88	871	10,8	9,5	10,7
	Cluster 5	1 380	210	1 590	19,0	22,7	19,5
	Cluster 6	822	129	951	11,3	13,9	11,6
	Total	3 131	446	3 577	43,2	48,1	43,8
Île-de-France		7 246	927	8 173	100,0	100,0	100,0

Champs : effectifs de médecins généralistes libéraux ayant effectué au moins 250 actes dans l'année – inclut les médecins à exercice particulier s'ils sont médecins traitants d'au moins 200 patients.

La date d'installation est celle de l'installation dans le cabinet. Cela peut correspondre à de nouvelles installations de médecins généralistes en Île-de-France ou à des médecins exerçant déjà en Île-de-France mais qui ont changé de lieu d'exercice.

Sources : ARS, SNDS, données 2021 – traitements ORS IDF.

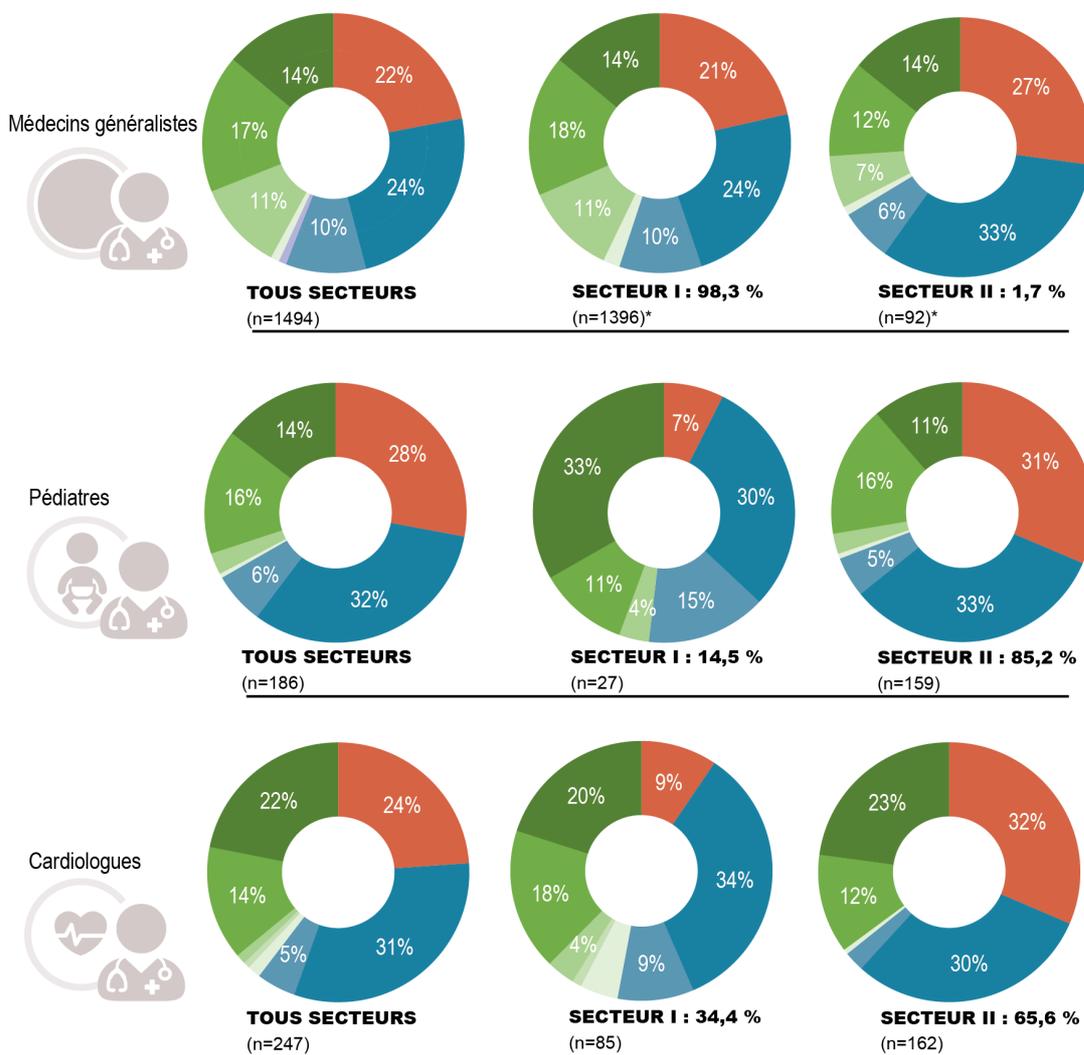
La polarisation vers le centre d'agglomération et les centralités urbaines, encore plus forte pour les spécialistes, notamment de secteur II

Si 59,8 % des nouveaux médecins généralistes libéraux franciliens se sont installés dans une commune de classe 6 (22 % à Paris intra-muros), cette proportion monte à plus de 70 % pour les nouveaux cardiologues, gynécologues, pédiatres ou psychiatres libéraux (Fig. 6). Ces derniers sont même près de 52 % à exercer à Paris intra-muros.

Cette propension à exercer dans la zone centrale de la

région et dans les polarités urbaines structurées est encore plus forte pour les spécialistes libéraux en secteur II (avec dépassement d'honoraires) : ainsi, par exemple, si 7 % des nouveaux pédiatres libéraux exerçant en secteur I s'installent à Paris, cette proportion s'élève à 31 % pour les nouveaux pédiatres exerçant en secteur II. Pour les nouveaux psychiatres libéraux, ces proportions sont respectivement de 26% et de 59 %. Il en va de même pour les nouveaux gynécologues libéraux même si la quasi-totalité d'entre eux s'installe en secteur II.

Figure 6 : Répartition sur le territoire régional des médecins libéraux exerçant en Île-de-France entre 2018 et 2021, selon leur secteur de conventionnement et le type de commune d'installation

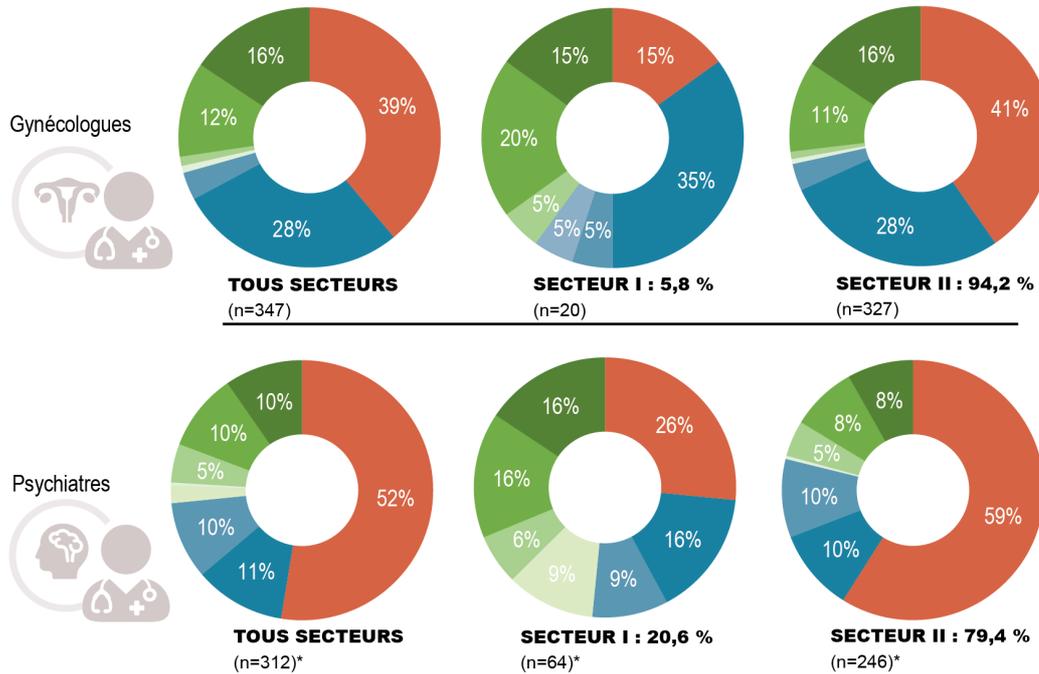


Sources : ARS, SNDS, données 2021 – traitements ORS IdF.

* : 6 données non renseignées sur le secteur I ou II



Figure 6 : (suite)

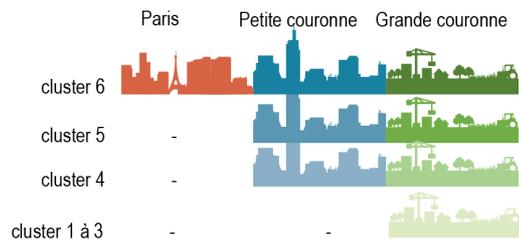


Lecture

22 % des médecins généralistes (tous secteurs de conventionnement) qui se sont installés en Île-de-France entre 2018 et 2021 l'ont fait dans Paris intra-muros (Paris appartient au cluster n°6 de la typologie établie précédemment).
 24 % se sont installés dans une commune du cluster 6 mais localisée en petite couronne, 14 % dans une commune du cluster 6 de grande couronne. Respectivement, 10 et 17 % se sont installés dans une commune du cluster 5 de petite et de grande couronne, 11 % dans une commune du cluster 4 de grande couronne.
 Très peu se sont installés dans des communes des clusters 1 à 3 de notre typologie.

Si l'on ne considère que les nouveaux médecins généralistes exerçant en secteur II, on note qu'ils sont 27 % à s'être installés à Paris, 33 et 14 % à s'être installés dans une commune du cluster 6 de petite et de grande couronne.

Légende



Sources : ARS, SNDS, données 2021 – traitements ORS ÎdF.
 * : 2 données non renseignées sur le secteur I ou II

Champs : Médecins libéraux franciliens, qui se sont installés dans leur cabinet actuel entre 2018 et 2021 - La date d'installation est celle de l'installation dans le cabinet. Cela peut correspondre à de nouvelles installations de médecins en Île-de-France ou à des médecins exerçant déjà en Île-de-France mais qui ont changé de lieu d'exercice.

Médecins ayant effectué au moins 250 actes (consultations et visites) dans l'année - Pour les médecins généralistes, inclut les médecins à exercice particulier s'ils sont médecins traitants d'au moins 200 patients

Secteur I : médecins sans dépassements d'honoraires (98,3 % des médecins généralistes de notre champ) ;

Secteur II : médecins avec honoraires libres (94,2 % des gynécologues).



Cette propension particulièrement marquée des spécialistes libéraux exerçant en secteur II à s'installer dans l'hyper centre de la région et dans les polarités urbaines structurées conduit à penser que les leviers d'un rééquilibrage de la répartition de l'offre médicale sur le territoire francilien passeront principalement par les professionnels libéraux exerçant en secteur I. De fait, aujourd'hui, compte tenu de la répartition de la population sur le territoire régional, les différentes spécialités de médecins libéraux sont - relativement à la démographie médicale actuelle - sur-représentés à Paris (notamment les gynécologues et les psychiatres). Les pédiatres le sont également en petite couronne. Les autres spécialités, et plus particulièrement les psychiatres, sont - compte tenu des poids de population - sous-représentés en petite et surtout en grande couronne (Fig. 7). Ainsi, par exemple, seuls 18 % des psychiatres libéraux franciliens exercent dans un département de grande couronne, grande couronne qui abrite pourtant 44,4 % de la population francilienne.

Cette attractivité des polarités urbaines pour les médecins questionne les instruments d'action publique régionaux

Ces analyses témoignent d'une relation nette entre communes d'implantation et dotation en équipements et services bien qu'il soit difficile d'établir si cette relation témoigne du fait que les logiques d'installation des jeunes médecins généralistes sont comparables aux logiques d'implantation des autres équipements et services ou si elle témoigne du fait que l'installation des jeunes médecins « découle » de la présence des autres équipements et services. Pour autant, cette relation objectivée oblige à considérer le zonage médecins institué par les pouvoirs publics sous un nouveau jour.

Le zonage médecins

Cet instrument d'action publique a été instauré en 2005 et révisé depuis à différentes reprises (2012, 2015, 2018, 2020 et 2022). Il définit les secteurs (territoires de vie santé) au sein desquels les populations sont considérées par l'ARS comme les plus en difficultés d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes et au sein desquels la puissance publique se mobilise pour agir.

Au sein de ces secteurs, différentes aides publiques à l'installation ou au maintien à l'exercice des médecins généralistes ou d'autres spécialités médicales sont instaurées par l'Etat, les ARS, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales.

Le plan de lutte contre les déserts médicaux en Île-de-France

En novembre 2016, le Conseil régional d'Île-de-France a voté un plan de lutte contre les déserts médicaux (rapports CR 216-16 et CR 2017-126). En termes d'aides à l'installation de nouveaux médecins généralistes et spécialistes, la Région y précise s'affranchir des limites fixées par le zonage médecins et élargir son soutien à tous les professionnels de santé, y compris ceux exerçant en secteur II dont le tarif est encadré par l'Assurance maladie au travers du dispositif de modération tarifaire (contrats d'option tarifaire maîtrisé-OPTAM).

Figure 7 : Répartition des médecins libéraux en Île-de-France en 2021 (en %)

	Paris	Petite couronne	Grande couronne
Médecins généralistes	22,2	35,1	42,8
Cardiologues	28,2	35,3	36,5
Gynécologues	40,9	29,0	30,0
Pédiatres	27,2	40,4	32,4
Psychiatres	65,3	16,7	18,0
Population	17,3	38,4	44,4

Champs : Médecins libéraux franciliens ayant effectué au moins 250 actes dans l'année, quelle que soit leur date d'installation et leur secteur de conventionnement

Pour les médecins généralistes, inclut les médecins à exercice particulier s'ils sont médecins traitants d'au moins 200 patients.

Sources : ARS, SNDS, données 2021 – traitements ORS IDF.

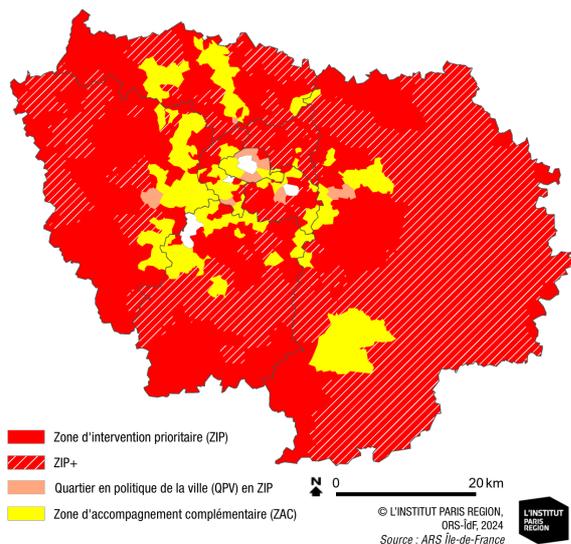
Les instruments d'action publique remis en question par cette polarisation des médecins ?

Le zonage médecins

Un zonage 2022 qui couvre la quasi-totalité du territoire francilien

Le dernier zonage médecins instauré par l'ARS en 2022 cible les territoires franciliens où les médecins sont incités à s'installer ou à exercer selon différentes catégories de priorité (Zones d'interventions prioritaires ou ZIP, parmi lesquelles l'ARS identifie des zones dites « ZIP + » qui présentent un caractère de priorité renforcée ; Zones d'action complémentaires ou ZAC qui présentent un degré de priorité ou de déficit moindre). La très grande majorité du territoire francilien et notamment les territoires ruraux et périurbains de grande couronne sont couverts par ces zones ZIP et ZIP+ (Fig. 8).

Figure 8 : Le zonage médecins francilien en 2022



Seules quelques polarités urbaines au sein des zones d'intervention prioritaire ou d'action complémentaire

Pour autant, si les zones ZIP couvrent presque la totalité du territoire régional, seuls quelques secteurs au sein de ces ZIP pourraient disposer d'un potentiel d'attractivité pour les médecins qui cherchent à exercer en Île-de-France : la figure 9 montre que les espaces urbanisés appartenant à des communes bien ou relativement bien dotées en équipements et services (classes 4, 5 et 6 de la typologie communale précédemment

présentée) sont relativement peu répandus notamment en grande couronne.

Un probable ciblage de ces polarités par les nouveaux médecins

Il est ainsi probable que - quand bien même le zonage médecins produirait des effets ou deviendrait coercitif - les médecins qui s'installeront en zones ZIP le feront au sein de ces quelques polarités d'équipements et services et non pas sur l'ensemble de l'espace couvert par le zonage.

Ainsi, la portée de l'instrument d'action publique qu'est le zonage médecins risque - par construction - de produire des effets plus limités qu'escomptés. En effet, si l'on simule l'implantation de 1 200¹ nouveaux médecins généralistes libéraux en Île-de-France en considérant qu'ils s'installeront *tous* en zone ZIP (scénario maximaliste simulant la situation issue d'une coercition totale sans érosion des vocations), la localisation de ces nouveaux médecins sera tout à fait différenciée selon que l'on se place dans une approche purement théorique où l'on fait abstraction du pouvoir d'attractivité des polarités d'équipements et de services (Fig. 10 a) ou selon que l'on se place dans une approche plus « réaliste »² qui en tient compte (Fig. 10 b). Alors même que l'on a retenu les classes 4, 5 et 6 de la typologie (les médecins privilégient majoritairement les communes des classes 5 et 6), on note que les nouveaux médecins sont bien plus concentrés sur la figure 10.b que sur la figure 10.a, notamment au sein des départements de grande couronne.

Ainsi, à moins que des aides à l'installation dont auraient envie de se saisir les jeunes médecins ne ciblent explicitement les territoires ruraux des zones ZIP, il est peu probable de penser que le zonage aura pour effet d'augmenter l'offre médicale dans ces espaces ruraux franciliens.

Est-ce que l'installation des nouveaux médecins dans les secteurs urbanisés des communes bien dotées en équipements et services des zones ZIP pourrait cependant améliorer l'*accessibilité* aux médecins généralistes y compris pour les populations rurales ? Des modélisations ont été réalisées pour essayer d'apporter des éléments de réponse à cette question.

¹ En Île-de-France, le rythme actuel de nouvelles installations annuelles s'élève à environ 400 nouveaux médecins par an. Le nombre de 1 200 nouvelles installations reflète donc le nombre de nouvelles installations auxquelles on peut s'attendre dans la région à l'horizon de 3 ans.

² Le caractère « réaliste » de cette dernière approche est en lui-même questionnable tant il est peu probable que *toutes* les nouvelles installations se fassent au sein des ZIP ou que le nombre de jeunes médecins s'orientant vers la médecine de ville libérale ne diminue pas si la coercition à l'installation pour les médecins libéraux devenait trop forte.

Figure 9 : Espaces urbanisés des communes bien dotées en équipements et services des zones ZIP du zonage médecins francilien en 2022

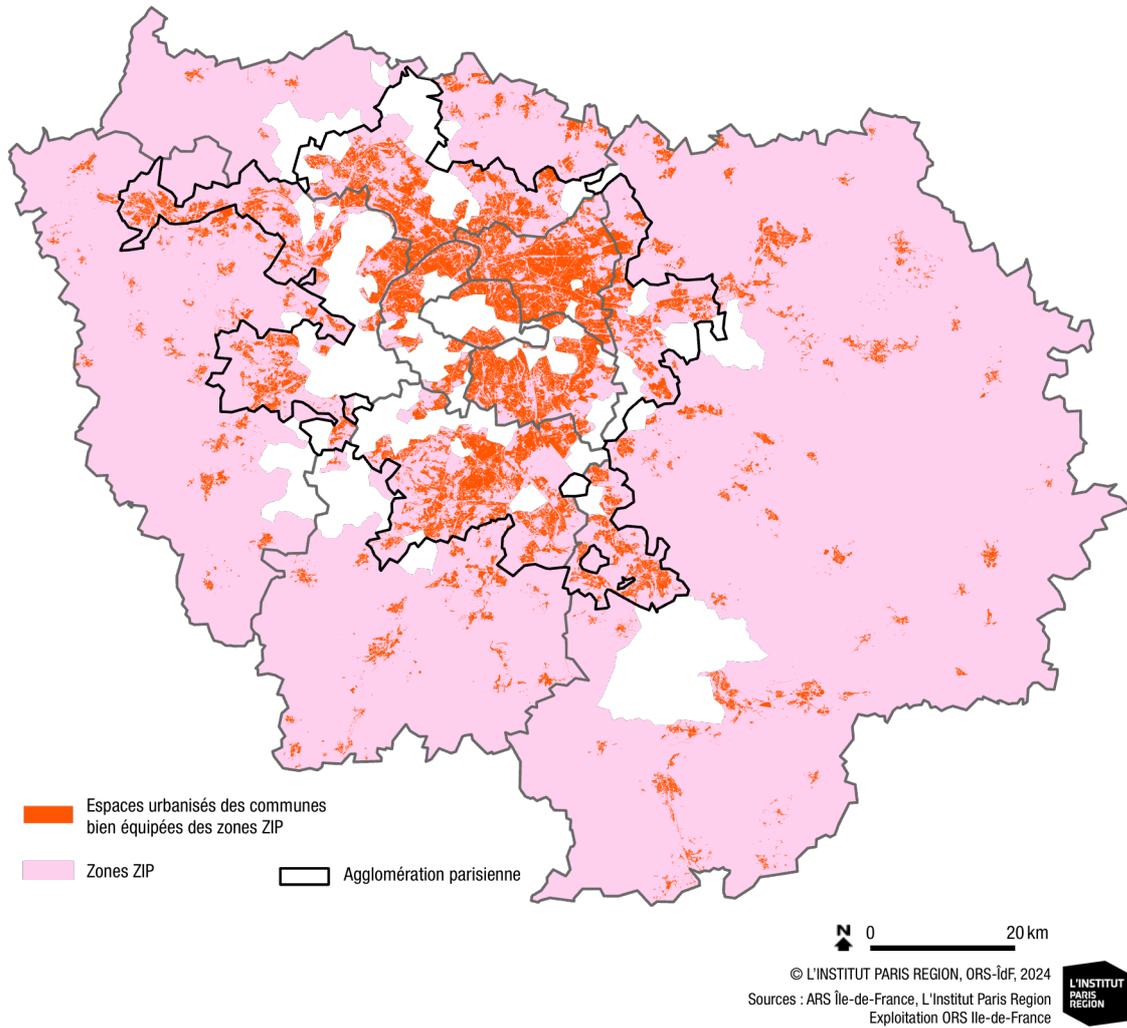
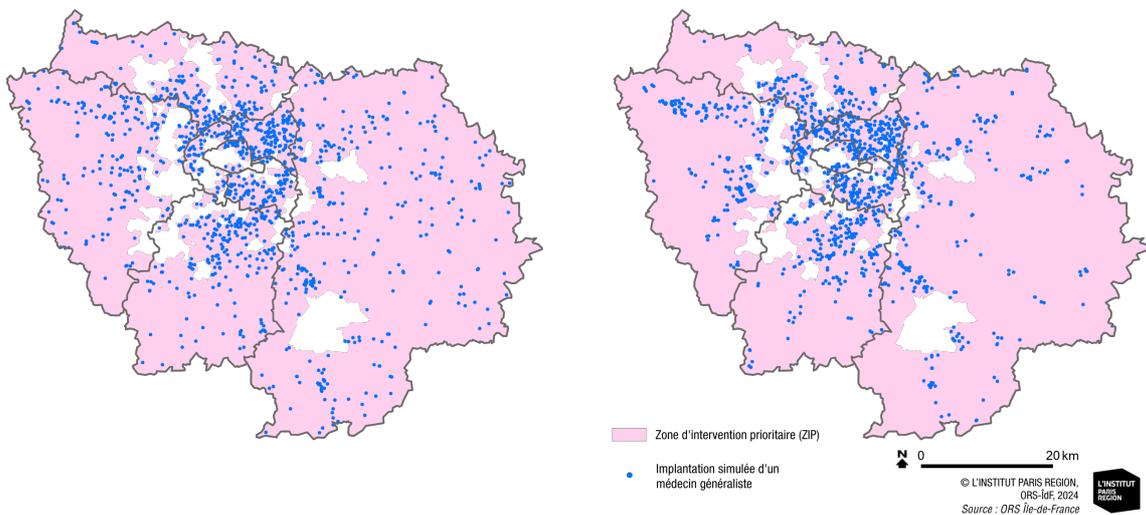


Figure 10 : Simulation d'implantation de 1 200 nouveaux médecins aléatoirement...

a. au sein de l'ensemble des ZIP

b. au sein des communes bien dotées en équipements et services des ZIP



Cibler les aides publiques vers les seuls pôles urbains des zones ZIP : une piste intéressante ?

Pour toutes les mailles habitées franciliennes, une mesure d'un indicateur d'accessibilité spatiale potentielle (voir encadré) a été réalisée en tenant compte de l'implantation de ces 1 200 nouveaux médecins potentiels.

Deux scénarios sont testés : celui où l'ensemble des nouveaux médecins s'installeraient aléatoirement au sein des zones d'intervention prioritaire ZIP du zonage actuellement en vigueur (scénario « ZIP tot ») ; celui où tous les nouveaux médecins s'installeraient au sein des seuls pôles urbains de ces zones ZIP (scénario « ZIP urba »).

Il ressort de ces modélisations que la perspective d'installations uniquement localisées dans les pôles urbains des zones ZIP (et non pas uniformément réparties sur l'ensemble des territoires contenus dans les zones ZIP) tend plutôt à améliorer la situation pour les populations (nombreuses) de l'agglomération parisienne¹, et ce, quel que soit le niveau social des populations (Fig. 11). En effet, les parts de population en situation de plus faible accessibilité potentielle aux médecins généralistes (couleurs marron et orange) tendent à diminuer entre le scénario « ZIP tot » et le scénario « ZIP urba », et ce, pour tous les quintiles de niveau de vie et aussi bien pour les populations du cœur d'agglomération parisienne que pour les populations du reste de l'agglomération parisienne.

Il en va de même dans les pôles urbains de grande couronne (hors agglomération parisienne). Toutefois, l'amélioration est moins nette pour les ménages des quartiers les plus pauvres (Q1 et dans une moindre mesure Q2) de ce type d'espace : si les situations d'accessibilité inférieures ou égales à 2 consultations ou visites (C+V) potentiellement accessibles par habitant et par an diminuent, celles où l'accessibilité aux médecins généralistes est comprise entre 2 et 2,5 consultations et visites augmentent quelque peu. Si bien que les situations où l'accessibilité aux médecins est supérieure à 2,5 C+V, elles, diminuent très légèrement.

Dans l'espace rural, et plus particulièrement pour les populations résidant dans les mailles les plus pauvres de cet espace rural, la concentration des installations potentielles dans les pôles urbains des zones ZIP augmente les situations de très mauvaise accessibilité spatiale potentielle aux médecins généralistes (les portions marron et orange foncé du graphique augmentent assez sensiblement). Notons cependant que la situation s'améliore globalement pour les secteurs les plus aisés de cet espace rural.

Méthode de mesure des niveaux d'accessibilité spatiale potentielle aux médecins généralistes utilisée ici

La méthode utilisée découle de la méthode APL (accessibilité potentielle localisée) déclinée par la DREES et l'Irdes en 2012 (Barlet et al. 2012), utilisée comme base du zonage médecins en 2018 (Vergier et Chaput 2017) et retravaillée par l'ORS Île-de-France et l'Irdes (Mangeney et Lucas-Gabrielli 2019) pour tenir compte de la spécificité du territoire francilien, de la dimension sociale des besoins de soins et des avancées méthodologiques proposées depuis 2012 dans la littérature scientifique internationale.

L'indicateur utilisé ici décline ainsi la méthode APL :

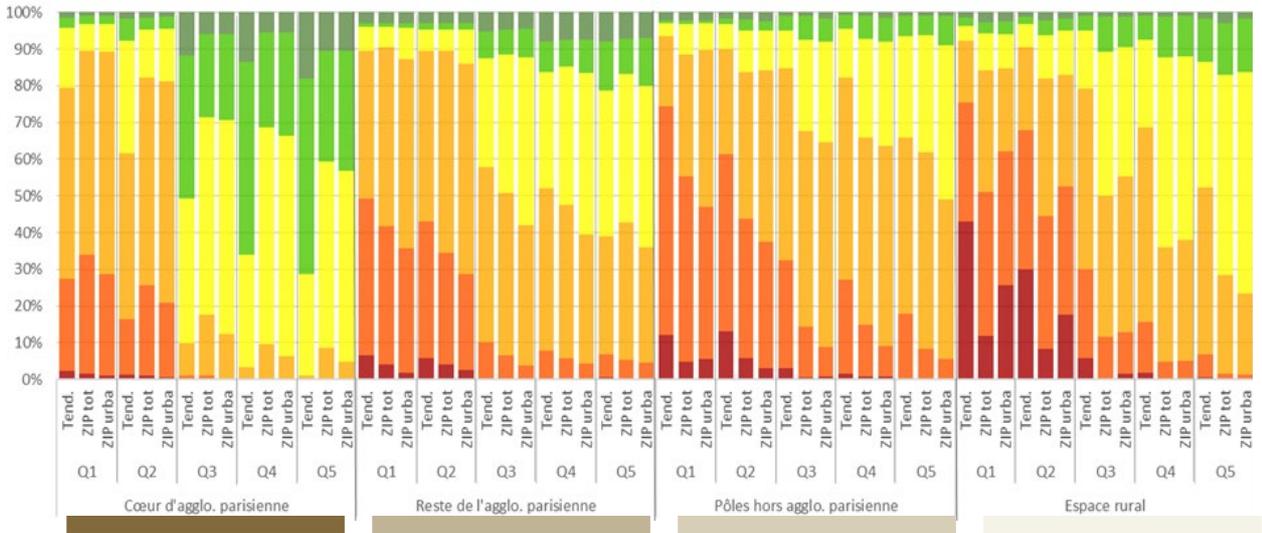
- à la maille de 200 mètres de côté de l'Insee ;
- en quantifiant l'offre de soins (libérale et en centre de santé) non pas en effectif de médecins mais en volume d'activité (seuls les médecins réalisant plus de 250 actes annuels sont retenus ; les médecins réalisant plus de 6 000 actes annuels voient leur activité rapportée à 6 000 pour ne pas entériner les situations où les médecins pallient le manque d'offre en ayant une activité pouvant les conduire au burn-out) ;
- en quantifiant les besoins de soins en pondérant les populations selon l'âge, le niveau de mortalité prématurée de la commune de résidence (proxy des inégalités sociales de santé, de consommation de soins et de non-recours aux soins), la présence de pédiatres, et en considérant que les populations socialement défavorisées ont des besoins de durées de consultations augmentées (prévention, éducation à la santé, etc.) ;
- en considérant que les populations socialement défavorisées sont plus sensibles aux freins de la distance tandis que, dans les espaces ruraux, la notion de proximité est quelque peu distendue (la probabilité de recours aux médecins selon la distance est ainsi réduite pour les populations les moins aisées et augmentée pour les populations vivant en secteur rural) ;
- en pondérant les probabilités de recours des populations à chaque offre médicale de manière décroissante selon la distance mais également selon le nombre d'autres médecins présents dans la proximité.

(Pour une description détaillée de la méthodologie voir Mangeney, 2024)

¹ La carte de la figure 11 page 19 présente les différents types d'espace : cœur d'agglomération parisienne, reste de l'agglomération parisienne, pôles urbains hors agglomération et espace rural

Figure 11 : Niveaux d'accessibilité spatiale potentielle des Franciliens aux médecins généralistes selon le type d'espaces*

Perspective à 3 ans (+ 1 200 nouveaux médecins par rapport à 2021) : Comparaison du scénario tendanciel et des scénarios d'installations au sein des zones ZIP

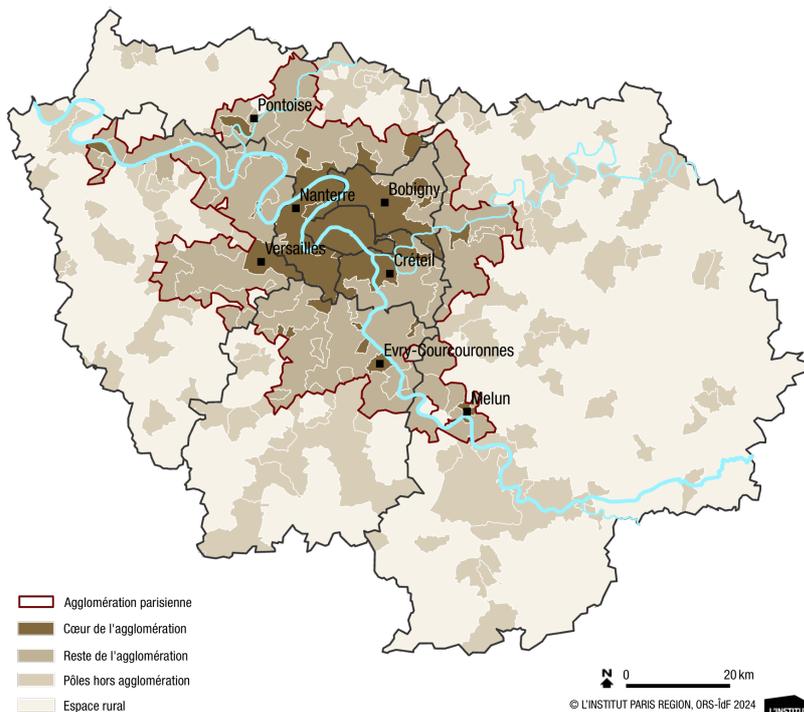


- Niveau d'accessibilité spatiale potentielle par habitant et par an chez un médecin généraliste : nombre de consultations et visites (C+V) :
 - <=1.5
 - 1.5-2
 - 2-2.5
 - 2.5-2.99
 - 2.99-3.76
 - >3.76
- Trois scénarios :
 - Tend. (scénario tendanciel) : les nouveaux médecins s'installeraient sur le territoire francilien selon les mêmes logiques d'implantation que les médecins qui se sont installés en Île-de-France entre 2018 et 2021.
 - ZIP tot : tous les nouveaux médecins s'installent aléatoirement au sein de l'ensemble des zones d'intervention prioritaire ZIP du zonage actuellement en vigueur
 - ZIP urba : tous les nouveaux médecins s'installent au sein des zones ZIP mais uniquement dans les pôles urbains de ces zones ZIP.
- Q1 à Q5 : quintiles de niveau de vie moyen des ménages des mailles franciliennes. Q1 : les plus pauvres ; Q5 : les plus riches.

Lecture :

Chaque colonne représente la répartition de la population (de chaque type d'espace et de chaque quintile de niveau de vie moyen) selon le niveau d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes. Les parts de population en situation de très mauvaise accessibilité aux médecins généralistes (<=1,5 C+V annuelles) sont représentées en marron foncé. Les parts de populations en situation de meilleure accessibilité spatiale potentielle (>3,76 C+V) sont représentées en vert foncé.

* Carte des types d'espaces (cœur d'agglomération, reste de l'agglomération, pôles hors agglomération, espace rural).



© L'INSTITUT PARIS REGION, ORS-IdF 2024
Sources : SINDS 2021, ARS-IdF, Insee, L'Institut Paris Region – Exploitation ORS-IdF

Ces modélisations illustrent en premier lieu le fait que, bien que largement préconisée par certains, la coercition à l'installation au sein des zones ZIP identifiées par le zonage médecins - y compris si on arrivait à la mettre en œuvre sans érosion du nombre de nouveaux médecins - aurait, compte tenu des aspirations des médecins à exercer dans des polarités urbaines, un effet de rééquilibrage plus modéré qu'attendu. Comparativement à un scénario de laisser-faire tendanciel, l'installation de tous les nouveaux médecins au sein des zones ZIP conduirait effectivement à dégrader les niveaux de meilleure accessibilité spatiale potentielle aux médecins généralistes des zones urbaines denses (Fig. 11) : par rapport au scénario tendanciel (Tend.), où les nouveaux médecins s'implanteraient sur le territoire régional selon les mêmes logiques spatiales que leurs prédécesseurs, des installations concentrées dans les zones ZIP (ZIP tot et ZIP urba) conduiraient à diminuer, par exemple, les situations de meilleure accessibilité aux médecins (en vert sur le graphique) des populations aisées du cœur d'agglomération parisienne. De plus, concentrer les nouvelles installations dans les zones ZIP ne conduirait à améliorer les niveaux d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes des populations rurales que de manière limitée, puisque les médecins s'installeraient probablement en très grande majorité dans les pôles urbains : les situations de très faible accessibilité potentielle aux médecins généralistes (couleurs marron et orange foncé sur le graphique) restent conséquentes dans l'espace rural, notamment pour les populations des secteurs socialement les plus défavorisés (Q1 et Q2).

Pour autant, la situation de ces populations s'améliore par rapport au scénario du laisser-faire tendanciel (mais moins qu'escompté par ceux qui prônent une coercition à l'installation, d'autant qu'une coercition forte pourrait conduire à une érosion des vocations et donc à une baisse des candidats à l'installation).

Ces résultats modélisent des situations extrêmes (tous les nouveaux médecins s'installent dans les zones ZIP, aucun ne part à la retraite, le niveau de nouvelles installations reste inchangé). Elles ont cependant le mérite d'illustrer que chaque logique d'implantation des nouveaux médecins conduira à une amélioration de l'accessibilité spatiale potentielle aux médecins généralistes pour certaines catégories de population au détriment d'autres catégories de populations. Elles conduisent également à considérer que la situation des populations les moins aisées du secteur rural risque de rester difficile, quelles que soit les logiques

d'implantation des nouveaux médecins (laisser-faire tendanciel ou coercition).

Pour ces populations, les logiques d'action pourraient être à rechercher dans des directions complémentaires en mobilisant des mesures alternatives : participation des médecins des pôles urbains à des exercices ponctuels mais réguliers dans les territoires les plus isolés (par exemple au sein de cabinets secondaires mis à disposition des collectivités locales, de « bus santé », etc.) ; facilitation et promotion de l'entrée en étude de médecine de jeunes issus des territoires (socialement défavorisés ou ruraux) qui semblent, aujourd'hui, peu attractifs aux nouveaux médecins qui n'en sont, pour la plupart, pas issus.

Conclusion et perspectives

L'analyse des localisations d'implantation des médecins généralistes libéraux nouvellement installés en Île-de-France (entre 2018 et 2021) montre que leurs logiques d'implantation sont largement comparables à celles de leurs ainés et que certains territoires franciliens attirent plus que d'autres. Les pôles urbains, offrant une gamme complète et diversifiée d'équipements et services (sanitaires mais aussi scolaires, commerciaux, culturels, de loisirs...) peuvent être considérés comme étant potentiellement « favorables » à l'installation des médecins généralistes, y compris lorsqu'ils sont localisés en grande couronne. Ces constats seraient certainement les mêmes pour les médecins salariés.

Ces analyses questionnent la portée de l'instrument d'action publique qu'est le zonage médecins. Ce dernier sélectionne les portions d'espace francilien où la puissance publique considère que les populations sont en déficit d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes et où elle met en place des mesures incitatives visant à attirer de nouveaux médecins ou à retenir les professionnels en exercice.

Aujourd'hui, le zonage médecins couvre la quasi-totalité du territoire francilien. Cela limite sa capacité de rééquilibrage de l'offre médicale entre les types d'espaces qui composent l'Île-de-France (du cœur hyperdense de l'agglomération parisienne jusqu'aux territoires ruraux en passant par les pôles urbains des agglomérations secondaires et leur couronne périurbaine).

De plus, le tropisme des médecins vers les pôles urbains bien pourvus en équipements et services limite l'efficacité attendue de l'instrument. En effet, le zonage médecins couvre une très large part de la grande couronne. Cependant, il est fort probable que si la puissance publique instaurait une coercition forte à l'installation au sein des zones identifiées par le zonage, les médecins continueraient de privilégier les pôles urbains contenus dans le zonage au détriment des secteurs les plus ruraux couverts par le zonage.

Compte tenu de cela, et considérant la désaffection des jeunes pour la médecine générale et l'exercice libéral, il pourrait ainsi être intéressant de considérer la problématique sous un angle différent reposant à la fois sur les enjeux actuels de pragmatisme et d'efficacité des politiques publiques, de réorganisation du système de soins (vers plus de regroupement et d'exercice médical collectif et coordonné), mais aussi sur les enjeux d'articulation des politiques publiques (sanitaires, d'aménagement, de desserte et de mobilité). Ainsi, cibler les aides publiques à l'installation des médecins notamment vers les pôles urbains des agglomérations secondaires pouvant être attractifs pour les médecins pourrait permettre, en Île-de-France, de rééquilibrer les niveaux d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes entre l'agglomération parisienne (qui est de fait plus attractive pour les professionnels de santé) et le reste du territoire francilien. L'amélioration de l'accessibilité aux médecins généralistes pour les populations les plus dispersées de l'espace rural pourrait alors reposer sur une amélioration de la desserte vers ce réseau structuré de polarités urbaines et médicales. Elle pourrait également passer par l'organisation d'une certaine forme de mobilité (régulière mais ponctuelle) des médecins exerçant dans les pôles urbains, en renforçant l'offre médicale en cabinets secondaires ou dans des structures médicales mobiles. Les exemples de « Bus Santé », expérimentés notamment dans le département des Yvelines, gagneraient ainsi à être évalués de très près.

Références

- Abdi H, Williams LJ. Principal component analysis. *WIREs Computational Statistics*. 2010 ; 2(4) : 433–459. doi.org/10.1002/wics.101
- Albe-Tersiguel S, Blum E, de Berny-Riche C, Delaporte C, Lesellier ., Mangeney C, Parnaix A, Peuvergne C. Démarche exploratoire pour une hiérarchisation des équipements et services en Île-de-France. Paris : IAU, 2008.
- ANCT. Les fonctions de centralité d'équipements et de services dans les dynamiques territoriales. 2020.
- Barczak A, Hilal M. L'accès aux commerces et services dans les territoires de vie du quotidien. In : Campagnes contemporaines. Versailles : Éditions Quæ, 2016 : 97–116. (Update Sciences & Technologies) doi.org/10.3917/quae.blanc.2016.01.0097
- Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Paris : Irdes; 2012 ; 51.
- Baudet-Michel S, Fol S, Quéva C. (coord.). Villes petites et moyennes : évolutions et stratégies d'action (rapport alimentant le programme action cœur de Ville). CDC et CGET. 2019.
- Bécue-Bertaut M, Pagès J. Multiple factor analysis and clustering of a mixture of quantitative, categorical and frequency data. *Computational Statistics and Data Analysis* . 2008 ; 52 : 3255–3268.
- Bonnin-Oliveira S. Les petites villes dans la périurbanisation : De l'influence métropolitaine à l'ancrage local dans l'aire métropolitaine toulousaine. *Territoire en mouvement*. 2016 ; 32 :68-88.
- Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s), Hydée éditions, EHESP. ed, Débats santé social. 2021.
- Boutet A, Chouraqui J, Mauvoisin M. Petites centralités, entre desserrement urbain et dynamiques macro-régionales, rapport du CGET, synthèse.2019.
- Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, Bournot MC, Buyck JF, Jolivet A, Chevillard G, Mousquès J, Zémour F, Hérault T. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Drees.Études et résultats*. 2020 ;1140.
- Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Irdes. Questions d'économie de la santé*. 2020 ; 247.
- Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli , Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Irdes. Questions d'économie de la santé*. 2013 ; 190.
- CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins. *Cnom data*. [en ligne]. 2019. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
- Escofier B, Pagès J. L'analyse factorielle multiple. *Cahiers du Bureau universitaire de recherche opérationnelle. Série Recherche*.1984 ; 42 : 3–68.
- Feuillet T, Charreire H, Roda C, Ben Rebah M, Mackenbach JD, Compennolle S, Glonti K, Bárdos H, Rutter H, De Bourdeaudhuij I, McKee M, Brug J, Lakerveld J, Oppert JM. Neighbourhood typology based on virtual audit of environmental obesogenic characteristics: Virtual audit and neighbourhood typology. *Obesity Reviews*. 2016 ;17 :19–30.
- FNAU. Vieillir en ville. Les dossiers de la FNAU.2021 ;51.
- Gaschet F, Lacour C. Métropolisation, centre et centralité. *Revue d'économie régionale & urbaine*. 2002 ;1 : 49–72.
- Godoye Q, Genre-Grandpierre C. Services publics – Services privés : des logiques de fermeture semblables entraînant un délaissement des territoires ? *Revue d'économie régionale & urbaine*.2023 ; 3 : 411–432.
- HCAAM. Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité. HCAAM.2022.
- Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. *CGET*.2015.
- Isnar-IMG. Propositions pour l'avenir de la médecine générale. Livre blanc. 2020
- Jousseume V, Talandier M. Bourgs-centres et petites villes en France, in : Châtel C. et Moriconi-Ébrard F. (dir.), *Aux Frontières de l'urbain - Petites Villes Du Monde. Territoire en mouvement*.*Revue de géographie et aménagement*. 2016 ;32(1) : 28–47.
- Kassambara A. AFM - Analyse Factorielle Multiple avec R: L'Essentiel. 2017.
- Laborde C, Ankri J, Cambois E. Environmental barriers matter from the early stages of functional decline among older adults in France. *Plos one*. 2022 :17 : e0270258.
- Lebrun N. Notion en débat : centralité. *Géoconfluences*. 2022.
- Mangeney C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France - Méthodologie de mesures des inégalités infra-communales. Paris : ORS Île-de-France.2019.
- Mangeney C. Enjeux et défis de la délimitation des zonages prescriptifs de l'action publique - L'exemple du zonage déficitaire en médecins généralistes en France et plus spécifiquement en Île-de-France. Thèse de doctorat, Université Paris Cité. 2024.
- Marchal H, Stébé JM. Repenser la centralité : l'exemple d'une ville moyenne française. *Sociologie et sociétés*. 2014 ; 45 (2) : 111–128. <https://doi.org/10.7202/1023175ar>

OMS. Global age-friendly cities : a guide. 2007.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307>

Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Health Working Papers. 2014 ; 69.

Polton D, Chaput H, Portela M. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, les leçons de la littérature internationale. Drees. Les dossiers de la Drees. 2021 ; 89.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>

Samson AL, Delattre E. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Economie et Statistique. 2012 ; 455-456 : 115–142.
<https://doi.org/10.3406/estat.2012.10020>

Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Drees. Les dossiers de la Drees. 2017 ; 17.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

OÙ S'INSTALLENT LES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÎLE-DE-FRANCE ?

QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LE ZONAGE MÉDECINS ?

L'essentiel de l'étude

- Les logiques d'implantation des médecins libéraux sur le territoire francilien sont relativement pérennes ;
- Les médecins privilégient les pôles urbains offrant une gamme riche et variée d'équipements et services sanitaires mais également scolaires, culturels, commerciaux, sportifs, etc. ;
- Certains territoires franciliens sont donc potentiellement plus attractifs que d'autres pour les médecins libéraux ;
- Dans un contexte de démographie médicale tendue et de désaffection des jeunes médecins pour la médecine libérale ou l'exercice libéral, tenir compte des aspirations des médecins devient un enjeu, d'autant qu'il ne sera pas possible de disposer d'une offre médicale suffisante pour irriguer également tous les territoires ;
- Concentrer les aides à l'installation et au maintien en exercice dans les pôles urbains secondaires pourrait ainsi peut-être rendre le zonage médecins plus efficient ;
- Cela pourrait également permettre de gagner en articulation des politiques publiques (de santé, d'aménagement du territoire, de desserte et de mobilité) et de mobiliser des registres d'action complémentaires et adaptées aux réalités de terrain ;
- En tout état de cause, et au-delà même du risque d'érosion des vocations, l'instauration d'une coercition forte à l'installation des nouveaux médecins dans les territoires ciblés par le zonage médecins actuel pourrait n'avoir que des effets potentiels très limités.



Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de publication : Nathalie Beltzer

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN : 978-2-7371-2180-7