

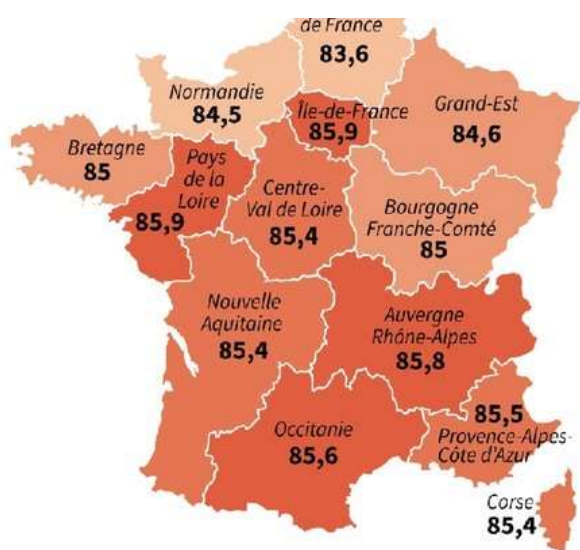
La Sentinelle De la SANTÉ

Les inégalités territoriales d'accès à la santé en France

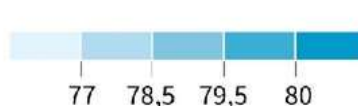
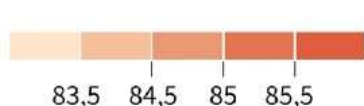
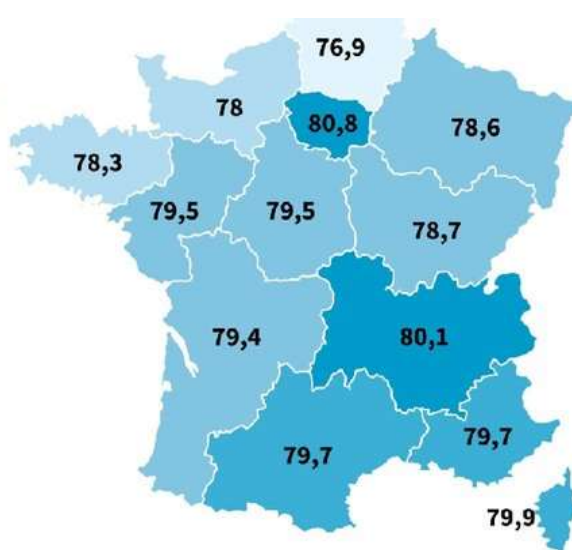
Espérance de vie : des disparités géographiques réelles

En France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes. Cela signifie qu'en moyenne, une femme française née en 2024 vivra jusqu'à l'âge de 85,3 ans, et un homme jusqu'à l'âge de 79,4 ans. Cependant, l'espérance de vie varie considérablement en fonction de la région, du département et de la ville où l'on vit.

Femme :



Homme :



Selon l'article de Vie Publique, publié le 22 février 2018 :

« Les inégalités sociales de santé couvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inévitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables et qui sont potentiellement évitables.

Et c'est un paradoxe car la France dispose d'un système de santé les plus performants selon l'OMS mais est aussi le théâtre d'inégalités sociales et territoriales marquées. Le pays est même l'un des plus mauvais élèves en Europe occidentale à ce sujet ».

Parmi les facteurs qui influencent l'espérance de vie : l'offre de soin.

L'étude de la démographie des professionnels de santé montre une évolution de la rareté à la pénurie.

48 années de « numerus clausus » ont entraîné une raréfaction croissante de l'offre de médecins généralistes aggravée par l'augmentation des besoins de santé due entre autres au vieillissement de la population.

Le « numerus clausus » produit aujourd'hui tous ses effets délétères.

Depuis 2012 les effectifs des médecins en activité de moins de 70 ans sont stables (environ 215 000).

La profession s'est féminisée, le nombre de généralistes baisse mais celui des spécialistes augmente. L'exercice libéral se raréfie au profit d'un exercice mixte (activités libérales et salariées).

La baisse devrait se poursuivre dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs

Sous l'hypothèse de législation et de comportements constants, la Drees (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) prévoit une stagnation des effectifs jusqu'à l'horizon 2030, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050.

Toutefois, compte tenu de l'augmentation de la population et de son vieillissement, le modèle montre une diminution de la densité médicale.

Des inégalités territoriales en densité médicale.

Sur l'ensemble du territoire, la densité médicale représente le nombre de médecins par habitant. Au 1er janvier 2022, l'Atlas de démographie médicale dénombre 121 médecins généralistes en moyenne pour 100 000 habitants (141 en 2010). Les disparités entre les territoires demeurent importantes, mais elles n'opposent plus les territoires ruraux aux villes. En métropole, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 2.

On constate que les médecins sont concentrés dans la moitié sud de la France ainsi qu'en Île-de-France et Alsace.

La densité de médecins la plus élevée est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (377 médecins pour 100 000 habitants).

La région Île-de-France bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants mais avec une situation contrastée. L'Île-de-France est la région la mieux dotée en spécialistes mais la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11% à la moyenne nationale.

Les quartiers prioritaires de la ville, mais aussi des départements comme la Seine-Saint-Denis, sont particulièrement touchés par le manque de médecins (baisse de la densité médicale de 5,4% en 2022).

2| *La sentinelle de la santé | N°20 - 27 janvier 2025*

Les spécialistes y sont en moyenne trois fois moins nombreux que dans les autres unités urbaines. 93 départements voient leurs effectifs de généralistes baisser.

Les inégalités sont avant tout infra-départementales.

Les zones les moins dotées sont les zones rurales en périphérie des villes, ou celles, proches de grandes villes mais qui échappent à leur "rayonnement" économique. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle suit les contours des inégalités sociales et les accentue.

La rareté a conduit à la pénurie qui se solde par une désertification médicale exponentielle.

30,2% de la population française vit dans un désert médical et 1,6 million de personnes renoncent chaque année à des soins.

DISPARITÉS D'ACCÈS AU MÉDECIN EN FRANCE

En nombre de médecins pour 100 000 habitants (anciennes régions) en 2021



Les Français ont de plus en plus de mal à accéder aux soins de premier recours, au point que l'on qualifie une partie importante du territoire national de « désert médical ».

Définis de manière large par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues.

L'importance de ces soins - parfois aussi appelés soins primaires ou de première ligne - a pourtant été reconnue et promue depuis plus de quarante ans par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques).

Un espoir : l'évolution sociologique des jeunes médecins

Les jeunes médecins délaissent le secteur libéral.

En France, seulement 17% des nouveaux médecins généralistes inscrits à l'Ordre optent pour l'exercice libéral. Les autres, très majoritaires, font le choix du salariat ou pour l'autre part du remplacement de confrères absents.

L'évolution sociologique des médecins explique en grande partie leur rejet croissant du secteur libéral, en particulier avec la féminisation de la profession. Actuellement la moitié des étudiants en médecine sont des femmes qui manifestent d'autres attentes pour concilier leur vie professionnelle et familiale.

Les jeunes médecins recherchent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée avec un autre rythme de travail, des horaires fixes, une qualité de vie personnelle, du temps pour les loisirs et pour se consacrer à leur famille. Ils recherchent également une meilleure protection sociale que leur offre l'activité salariée.

Les jeunes médecins ne veulent plus exercer leur profession de manière isolée. Ils manifestent le besoin de travailler en équipe. Le mythe du médecin de famille qui exerce seul, sans ou avec très peu d'échanges et contacts avec ses confrères, est révolu.

Les jeunes médecins veulent de plus en plus travailler en coopération/coordination avec un hôpital-pivot. Le centre de santé offre cette possibilité.

Le médecin libéral n'est plus le notable respecté des décennies passées. Il subit comme d'autres professions (avocats, notaires, juristes, enseignants etc.) une dévalorisation sociale et institutionnelle qui est évidemment inacceptable d'autant plus que les études en médecine générale sont particulièrement difficiles. Cette dévalorisation influe sur leur propre vision de leur métier de médecin.

Il est à noter que les jeunes médecins arguent également leur choix du secteur public pour se consacrer entièrement à leur cœur de métier, à savoir la santé de leurs patients, et ne pas être submergés par les tâches administratives.

Aux pratiques du suivi mensuel proposé par les anciens médecins (renouvellement d'ordonnances avec des motivations financières), se substitue un suivi moins régulier mais plus ciblé pour les patients qui le nécessitent et sur des pathologies qui le justifient, ce qui semble beaucoup plus conforme à l'éthique médicale.

Les centres de santé, structures pluriprofessionnelles, offrent un cadre de travail collectif recherché par la majeure partie des jeunes médecins. Ils sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements publics de santé, des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

Les professionnels de santé des Centres De Santé (CDS) Publics (CSP) sont embauchés par le gestionnaire qui peut être un hôpital public, une mutuelle, un département, une commune, une CCAM, mais aussi une association ou une fondation.

L'objectif des centres de santé est de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé, en étant une structure de proximité, en pratiquant obligatoirement le tiers payant intégral. Ils promeuvent ainsi l'accès aux soins pour tous.

Ils fonctionnent le plus souvent en équipe multi professionnelle (médecins, infirmières, psychologues, radiologues etc.), ce qui permet une prise en charge globale des patients.

Ils permettent une permanence d'accueil plus large et sont animés par des objectifs sociaux notamment vers les précaires, les plus vulnérables, ceux qui n'ont pas ou peu accès aux soins. Ils participent à la politique publique de santé publique, comme par exemple l'addictologie et la prévention de pathologies chroniques (diabète, obésité).

Ils pratiquent une gestion démocratique avec des associations, des syndicats, un conseil d'administration et de représentants des usagers

Les centres de santé peuvent permettre le développement d'une médecine répondant aux besoins des patients et aux attentes actuelles des professions médicales et paramédicales.

Ils représentent un maillon essentiel pour un projet politique de santé publique et de médecine sociale.

Aline Mahous
Po/le collectif Santé