

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux principaux professionnels de soins de premier recours

Évolution des paramètres utilisés

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'Irdes¹ pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche professionnel de santé, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee issues du recensement.

L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aurait tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

Les données publiées à cette page ont été élaborées à l'aide de différents jeux de paramètres (bornes minimale et maximale d'activité libérale, pondération de l'offre en fonction de la distance d'accès, pondération de la population selon l'âge) :

Données du dossier « Méthode initiale V0 – 2010-2013 »

L'indicateur d'APL a été créé en 2012 avec un jeu de paramètres initial et calculé, pour 10 professions de santé, pour les millésimes 2010 et 2013. Ces données sont publiées dans le **dossier « Méthode initiale V0 – 2010, 2013 »**.

Données du dossier « Méthode concertée V1 – 2015, 2016 »

À partir de l'année 2015, dans une logique d'utilisation de l'indicateur dans la construction de zonages incitatifs (notamment à l'installation en zone sous-dense), l'ensemble des paramètres entrant dans la construction de l'indicateur a fait l'objet d'une large concertation (impliquant le ministère des Solidarités et de la Santé, la Caisse nationale de l'Assurance maladie, les agences régionales de santé et les représentants des professions concernées).

L'indicateur d'accessibilité aux médecins généralistes a d'abord été revu (champ, fonction de décroissance, estimation de l'activité...), à la suite de quoi l'unité dans laquelle il est exprimé a été modifiée pour plus de lisibilité : il s'exprime dorénavant en nombre de consultations (ou visites) accessibles par an et par habitant. Ces modifications sont documentées dans la publication suivante :

Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), 2017, « [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) », Les Dossiers de la Drees n° 17, Mai.

¹ L'APL est inspiré de la littérature académique (notamment Radke et Mu, 2000, Luo et Wang, 2003, Luo et Qi, 2009) et proche de l'indicateur de densité répartie développé pour caractériser l'accès aux établissements de santé (Mizrahi et Mizrahi, 2011).

Un travail de même nature a été entrepris pour trois autres professions de santé (kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmières). L'unité usuelle (ETP pour 100 000 habitants) a cette fois-ci été conservée.

À l'issue des travaux menés lors de cette concertation, la manière de borner l'activité des professionnels de santé (bornes inférieure et supérieure pour ne prendre en compte que l'offre soutenable) n'était pas la même pour toutes les professions de santé : alors que pour les médecins généralistes, les bornes sont appliquées sur chaque cabinet, pour les infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes, elles sont appliquées sur l'activité totale du professionnel de santé.

Les indicateurs d'APL aux médecins généralistes pour les millésimes 2015 et 2016, ainsi que les indicateurs d'APL 2016 aux infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes calculés dans cette méthodologie se trouvent dans le **dossier « Méthode concertée V1 – 2015, 2016 »**. Les paramètres retenus sont détaillés dans l'onglet dédié de chaque fichier.

Données du dossier « Méthode concertée V2 - 2015-2022 »

Dans le **dossier « Méthode concertée V2 – 2015-2022 »**, un jeu de données présente les millésimes 2016 à 2019, 2021 et 2022 des indicateurs d'APL aux infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes, les millésimes 2021 et 2022 de l'indicateur d'APL aux chirurgiens-dentistes, ainsi que les millésimes 2015 à 2019, 2021 et 2022 de l'indicateur d'APL aux médecins généralistes.

La méthodologie de construction des indicateurs d'APL aux infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes n'a pas été modifiée entre la publication du jeu de données du dossier « Méthode concertée V1 – 2015,2016 » et la publication du jeu de données du dossier « Méthode concertée V2 - 2015-2022 ».

En revanche, des changements ont été introduits dans le calcul de l'APL aux médecins généralistes. Ces changements sont relatifs (i) au champ des prestations prises en compte pour calculer les besoins de soins de la population, (ii) au calcul de l'activité, qui s'effectue par professionnel de santé plutôt que par cabinet, et (iii) à la modification des bornes d'activité des médecins exerçant en centre de santé.

Une analyse de l'APL 2018 et de son évolution depuis 2015 est documentée dans la publication suivante :

Blandine Legendre (DREES), 2020, « [En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population](#) », Études et Résultats n° 1144, février 2020.

Données à la racine

À la racine se trouvent les indicateurs d'**APL aux médecins généralistes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes en 2022 et 2023** dans la méthodologie de production des indicateurs la plus récente.

Plusieurs changements dans le calcul de ces indicateurs ont été introduits depuis la publication des données présentes dans le dossier « Méthode concertée V2 – 2015-2022 » :

1. Tout comme pour les autres professions de santé, l'**activité en centre de santé** est désormais prise en compte pour les indicateurs d'APL aux sages-femmes et aux kinésithérapeutes.

2. Auparavant, une activité correspondant à **1 ETP** (ou **5 400 consultations, visites et téléconsultations** pour les médecins généralistes) était attribuée de façon conventionnelle aux professionnels de santé libéraux installés pour la première fois en libéral durant l'année, plutôt que de prendre l'activité effective susceptible de ne couvrir qu'une partie de l'année. Désormais, cette activité est attribuée à tous les **professionnels de santé libéraux n'ayant pas exercé d'activité libérale l'année précédente**.
3. Les **bornes d'activité libérale** et l'**activité libérale médiane** sont désormais **calculées** sur le champ de production des indicateurs d'APL, c'est-à-dire **en excluant** les cabinets localisés à **Mayotte**, les professionnels de santé libéraux n'ayant que des **cabinets fermés** à la fin de l'année, et les professionnels de santé ayant une **activité libérale nulle** sur l'année. Sont également exclus du calcul de ces bornes et de l'activité médiane les **professionnels de santé libéraux n'ayant pas exercé d'activité libérale lors de l'année précédente**, alors que seuls les professionnels de santé libéraux installés pour la première fois en libéral durant l'année en étaient exclus dans la méthodologie précédente.
4. Auparavant, le **calcul des poids** servant à standardiser la population pour tenir compte de besoins en soins différenciés selon l'âge reposait sur les consommations de soins moyennes par âge issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. Désormais, celui-ci s'appuie sur les **consommations de soins par âge** issues du **datamart de consommations inter-régimes (DCIR)** de l'Assurance maladie et les **populations par âge de l'Insee**.

L'ensemble des fichiers fournissent pour chaque commune l'indicateur d'APL ainsi que la population standardisée par la consommation de soins par tranche d'âge qui entre dans le calcul de l'indicateur. **Cette population standardisée permet d'agréger l'indicateur à tout niveau supra-communal** : l'indicateur d'APL d'une entité supra-communale est égal à la moyenne des indicateurs d'APL des communes composant cette entité, pondérés par leur population standardisée. Il faut toutefois noter que plus l'indicateur d'APL est agrégé sur des mailles larges, plus il se rapproche d'un indicateur de densité. En revanche, **la population non standardisée doit être utilisée pour comptabiliser la population sous un seuil d'APL ou pour calculer des quantiles**.

La standardisation de la population dans la construction de l'indicateur **permet de comparer l'accessibilité entre des territoires** ayant des besoins en soins différents dus à des structures par âge de leur population différentes.

Un poids est attribué à chaque tranche d'âge quinquennale, proportionnel à la consommation de soins moyenne de la tranche d'âge auprès de la profession de santé considérée. Sur l'ensemble de la France (hors Mayotte), la population standardisée totale est égale à la population totale.

La standardisation ainsi effectuée ne permet en revanche pas de comparer l'accessibilité entre deux millésimes en tenant compte de l'évolution des besoins en soins due au vieillissement global de la population.

En conséquence, **il faut être vigilant sur l'interprétation de l'évolution de l'accessibilité**, en particulier sur de longues périodes, durant lesquelles la structure par âge de la population totale peut évoluer de façon importante.