

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 :

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...), suite à quoi l'unité dans lequel 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 (masseuses-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 masseuses-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 masseuses-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 – 2015-2018 »

Un nouveau jeu de données mis à disposition en 2020 présente le calcul de l'APL aux médecins généralistes pour 2017 et 2018. La méthode de calcul sur laquelle cet APL se fonde a introduit de nouveaux changements. 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.

Par souci de comparabilité au cours du temps, l'APL aux médecins généralistes des années 2015 et 2016 a également été calculé rétrospectivement, à méthodologie constante, afin de permettre une analyse dynamique de l'APL depuis 2015.

Les indicateurs d'APL aux médecins généralistes pour les millésimes 2015 à 2018 calculés dans cette méthodologie se trouvent dans le **dossier « Méthode concertée V2 – 2015-2018 »**.

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 millésimes 2016 à 2019, 2021 et 2022 des indicateurs d'APL aux infirmières, sages-femmes et masseuses-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 de l'indicateur d'APL aux médecins généralistes n'a pas évolué depuis la diffusion du jeu de données précédent (dossier « Méthode concertée V2 – 2015-2018 »). Pour les indicateurs d'APL aux infirmières, sages-femmes et masseuses-kinésithérapeutes, elle n'a pas été modifiée depuis la publication des données du dossier « Méthode concertée V1 – 2015,2016 ».

L'ensemble des fichiers fournissent l'indicateur d'APL de chaque commune mais aussi 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 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.**