

Analyse géographique et accès aux soins : la consommation de soins en fonction des diplômes

Dr Katsiaryna Kananovich

Lirsa (EA4603) ; ECEVE (UMR1123 INSERM), Université de Paris

Dr Charlotte de Fontgalland

URPS-Centre-Val de Loire

Pr Jean-Marc Macé

Lirsa (EA4603) ; ECEVE (UMR1123 INSERM), Université de Paris¹

Depuis la décennie des années quatre-vingts, les travaux de Desplanque² ont mis en exergue les inégalités sociales devant la maladie et la mort, non seulement selon le sexe, mais également en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. Thouez³ précise que chaque groupe socio-démographique se caractérise par son propre seuil d'entrée dans le système de santé, car la consommation de soins ne s'exprime pas de manière identique pour chacun d'entre eux. D'abord avec une différence de recours aux soins selon le sexe, car les femmes ont tendance à consommer plus de prestations que les hommes⁴. Ensuite, entre les différentes catégories socio-professionnelles, car il existe

d'importants écarts de consommation de soins entre les catégories socio-économiques, où « l'intérêt des individus sur leur corps croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale »⁵.

Pour Pol⁶, ces écarts dans la consommation de soins peuvent être expliqués par la différence de perception de la maladie par chaque catégorie socio-professionnelle. Il n'en demeure pas moins qu'il existe une réelle dégradation de l'état de santé en fonction du niveau d'études⁷. Cette assertion est d'ailleurs confortée par le Comité français d'éducation pour la santé⁸ qui souligne qu'au cours des 12 mois précédant l'enquête « Baromètre santé 2000 », les popula-

(1) Remerciements à Frédérique Menoret, Sébastien Lecourieux de la Direction de la Coordination de la Gestion du Risque du Centre-Val de Loire, et au Dr Bidaut, Président de l'URPS-ML CVDL.

(2) G. Desplanque, L'inégalité sociale devant la mort, *Économie et statistique*, n° 162, 1984. 29-50.

(3) J.-P. Thouez, *Organisation spatiale des systèmes de soin*, Université de Montréal, 1987.

(4) A. Beresniak, G. Duru, *Économie de la santé*, Masson, 1992.

(5) A. Beresniak, G. Duru, *Économie de la santé (op. cit.)*.

(6) T.-D. Pol, Les inégalités sociales face à la santé en France, *Regards croisés sur l'économie* vol. 5, n° 1, 2009. 65-70.

(7) J. Pascal, H. Abbey-Huguenin, P. Lombrail, Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?, *Lien social et politique*, n° 55, 2006. 115-124 ; L. Auvray, S. Dumesnil, P. Le Fur, Les maladies et les troubles de santé déclarés en 2000, *in* L. Auvray, S. Dumesnil, P. Le Fur (Dir.), *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, p. 49-86, 2001 ; L. Auvray, A. Doussin, P. Le Fur, Le renoncement aux soins en 2002, *in* L. Auvray, A. Doussin, P. Le Fur (Dir.), *Santé, soins et protection sociale en 2002*, CREDES, p. 147-153, 2003.

(8) Devenu l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé en mars 2022.

tions les plus diplômées ont significativement moins consulté de médecins généralistes, en revanche, ces dernières étaient plus nombreuses à consulter les médecins spécialistes⁹. Par ailleurs, plusieurs auteurs indiquent que pour conduire et coordonner efficacement les programmes d'intervention, le département semble constituer une zone géographique adaptée¹⁰. Pour autant,

cette unité administrative départementale est-elle pertinente pour répondre aux besoins de santé des populations ciblées ? Cette étude propose d'explorer différentes mailles géographiques pour identifier une entité spatiale adéquate afin d'établir un diagnostic territorial concernant la consommation de soins de médecins généralistes en fonction du diplôme.

I - Matériels et méthodes

Pour réaliser cette recherche, deux bases de données sont mobilisées. D'abord, la base du recensement de la population de 2020¹¹, et ensuite, la base du Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)¹² issue du Système National des Données de Santé (SNDS).

En premier lieu, les données inhérentes aux diplômes concernent les personnes âgées de plus de 16 ans éligibles à une diplomation. Cette base INSEE recense près de 78 % de la population française¹³, répartie en 7 catégories qualifiant successivement les personnes dotées d'aucun diplôme, puis celles diplômées d'un Brevet des Collèges (BEPC) ; d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ou d'un Brevet Élémentaire Professionnel (BEP) ; d'un baccalauréat (Bac) ; d'un premier cycle d'études supérieures (Bac+2) ; d'un deuxième cycle d'études supérieures (Bac+3 & Bac+4) ; et enfin les personnes diplômées d'un troisième cycle d'études supérieures (Bac+5) intégrant à la fois,

les niveaux de Master et de Doctorat. Afin de permettre une meilleure lisibilité de la consommation de soins de médecins généralistes par rapport au degré de formation des populations au niveau des différentes entités géographiques, un « Indice Pondéré de Formation » (IPF) synthétisant l'ensemble des diplômés d'une région est édifié selon la formule¹⁴ $IPF = \text{somme} \{ (x_i / m_{xi}) * C \}$ (Tableau 1). Cet « Indice Pondéré de Formation » montre la croissance de la diplomation des populations en fonction de l'augmentation de la valeur de l'indicateur.

En deuxième lieu, les données concernant l'activité des médecins généralistes sont colligées dans la base « Datamart de Consommation Inter-Régime » (DCIR) issue du SNIIRAM. Chaque année, plus de 285 millions de consultations de médecins généralistes sont réalisées par les 66 450 de médecins généralistes en activité en France (source Sniiram 2015)¹⁵, dont 96 % sont installés en France Métropolitaine. Ces données de santé établissent une interface entre le

professionnel de santé et l'utilisateur, mais ne sont jamais appariées aux diplômes des bénéficiaires. Pour établir le lien entre la consommation de soins de médecins généralistes par les usagers, d'une part, et le niveau de formation des consommateurs, d'autre part, le modèle de régression linéaire sera mobilisé successivement à l'échelle de la région, puis du département, et enfin au niveau infradépartemental.

En troisième lieu, il est nécessaire de mettre en place un maillage opérationnel infradépartemental pour poser un diagnostic territorial cohérent. Pour cela, la notion de « territoire vécu » est retenue, car il reflète la réelle pratique spatiale des usagers. La construction de ce territoire empirique est issue de la « méthode des flux relatifs » mis en place par l'INSEE dès 1975 pour la construction des zones d'emploi¹⁶.

II - Résultats

Concernant la formation en France en 2020, les données de l'INSEE concernent les 51,7 millions de personnes âgées de plus de 16 ans. Parmi cette population, 20,8 % ne possèdent aucun diplôme (10,7 millions de personnes) ; 5,4 % disposent d'un Brevet des Collèges (2,7 millions de personnes) ; 23,8 % sont diplômés d'un certificat, ou d'un brevet professionnel (12,3 millions de personnes) ; 17,2 % ont validé un baccalauréat (8,9 millions de

La méthode est basée sur un « tri décroissant » de chaque « lieu de départ d'usager » vers tous les « lieux possibles d'arrivée de l'usager ». Les communes sont alors classées sans chevauchement ni omission, selon l'importance de leur lieu d'origine et de destination. Toutes les communes (domicile de l'usager) dont les flux majoritaires (même relatifs) du recours aux médecins généralistes sont orientés vers une même commune d'arrivée (cabinet médical), appartiennent, et constituent alors, un « territoire vécu de médecins généralistes ». Dans la mesure où ce territoire est ciblé sur le recours aux médecins généralistes, il reflète la pratique spatiale homogène des usagers, par conséquent, cette entité spatiale correspond au « véritable territoire opérationnel du recours aux soins de médecins généralistes »¹⁷.

personnes). Près de 17 millions d'étudiants (33 % des plus de 16 ans) suivent des études supérieures, dont un tiers est diplômé du premier cycle d'études supérieures (5,7 millions de personnes) ; plus de 29,5 % détiennent un diplôme du deuxième cycle d'études supérieures (5 millions de personnes), et enfin 37 % des étudiants ont ratifié un diplôme de troisième cycle d'études supérieures (6,2 millions de personnes). Pour comparer

(9) J. Pascal, H. Abbey-Huguenin, P. Lombrail, Inégalités sociales de santé... (op. cit.).

(10) J. Pascal, H. Abbey-Huguenin, P. Lombrail, Inégalités sociales de santé... (op. cit.).

(11) Insee, RP2020 exploitation principale, géographie au 1^{er} janv. 2023.

(12) Le SNIIRAM est un entrepôt de données anonymes regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral (1,2 milliard de feuilles de soins pour l'ensemble de la population vivant en France).

(13) 51,7 millions de personnes de plus de 16 ans sur 66,5 millions d'habitants recensés en 2020.

(14) Où, « i » correspond au pourcentage de diplômés selon le niveau d'une région ; « m_{xi} » correspond au pourcentage moyen d'un diplôme en France ; et « C » est un coefficient prenant la valeur 1 pour la catégorie « aucun diplôme » et évoluant de manière crescendo en fonction du diplôme jusqu'à la valeur de 7 pour le niveau « Bac+5 ».

(15) Autorisation CNIL 2016-073

(16) C. Terrier, Réalité des pays lorrains d'après les déplacements domicile travail en 1975, Dossiers de l'économie lorraine, n° 32.33, INSEE, 1978 ; J.-J. Ronsac, P. Bessy, et al., Zones d'échanges habitat emploi, contour, 1982 et évolution 1975-1982, Cahiers Aspects, n° 14 laurif, INSEE, 1986.

(17) J.-M. Macé, Des outils pour la planification hospitalière : l'exemple de l'hôpital de Lagny-sur-Marne, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, vol. 43, fasc.1, 2003 ; J.-M. Macé, H. Picheral, p. 146-164, Les territoires vécus : les bassins médicaux, dans Les carnets de santé de la France, Dunod, 2004 ; J.-M. Macé, La notion de « territoire » comme outil de la planification sanitaire, revue Regards EN3S, n° 31, 2007. 97-111 ; La démographie médicale des chirurgiens en France, Rapport CIRE Centre International de Recherche en Économie de la Santé (CIRE), EN3S, St Etienne, 2007 ; K. Kononovich, J.-M. Macé, Impact of population ageing on hospital consumption and medical demography in Metropolitan France : the example of obstetricians, MEDU-D-18-00002. Medical University, 2018 ; K. Kononovich, J.-M. Macé, Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : le numérique en santé au service des territoires vécus, Revue Netcom, 2023 ; K. Kononovich, J.-M. Macé, Apprendre des territoires, Enseigner les territoires, p. 376-377, Dessiner le territoire de savoir au service du territoire de pouvoir. Exemple des médecins généralistes en France métropolitaine, Actes du colloque du CIST, 2023.

l'hétérogénéité des différentes régions, il est nécessaire de recourir à l'Indice Pondéré de Formation qui permet une meilleure perception du poids de chacune des 14 régions (Tableau 1). La lecture du tableau 1 montre un niveau de formation très hétérogène regroupant cinq types de régions. En premier lieu, la région Île-de-France (IDF) (IPF=34,7) apparaît la mieux lotie par rapport à la moyenne nationale (IPF=28) ; suivie d'un deuxième ensemble de trois régions Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Occitanie (Oc) ayant des Indices Pondérés de Formation comparables à la moyenne du pays ; auquel succède un troisième groupe de quatre régions dotées d'Indices Pondérés de Formation inférieurs à la moyenne française à l'instar de la Bretagne (Br)(IPF=27,7), Corse (Co) (IPF=26,6), la Nouvelle-Aquitaine (NA) (IPF=26,3), les Pays de la Loire (PdL) (IPF=26,1) ; un quatrième groupe recense cinq autres régions avec des Indices Pondérés de Formation plus dégradés que précédemment comme pour Grand-Est (GE)(IPF=25), Centre-Val de Loire (CVdL)(IPF=24,8), Hauts-de-France (HdF) (IPF=24,7), Bourgogne-Franche-Comté (BFC) (IPF=24,5), Normandie (No) (IPF=24,1) ; enfin, un dernier groupe concerne les Départements d'Outre-Mer (DOM) qui détiennent le plus mauvais Indice Pondéré de Formation (IPF=22) du pays (v. tableau *infra* p. 33).

Concernant la consommation de soins de médecins généralistes, l'analyse de la base du « DCIR » établit au niveau national, une consommation annuelle moyenne d'environ 4,25 consultations de médecins généralistes par habitant (Tableau 1), d'une part, et d'une activité moyenne 4 300 consultations par an pour un médecin généraliste en France, d'autre part. La France dispose

d'une densité moyenne de 9,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants. De manière générale, le nombre de consultations de médecins généralistes par habitant augmente en fonction de la densité de médecins de manière significative, non seulement, au niveau des régions ($r^2=35\%$, $P<0,02$), mais également de manière plus marquée au niveau des départements ($r^2=49\%$, $P<0,001$), signant ainsi l'effet de demande induite par l'offre¹⁸. Au niveau des quatorze régions françaises, la comparaison de la consommation de soins de médecins généralistes face au niveau de formation ne montre pas de corrélation significative ($P<0,07$). En revanche, la confrontation de ces deux variables au niveau des 100 départements français montre une corrélation significative ($P<0,01$, $r=0,25$) et faiblement négative ($y=32,9 - 1,6x$), toutefois, le coefficient de détermination reste très faible ($r^2=6\%$), et explique une grande dispersion des variables autour de la droite affine. Cette première droite de régression montre que le nombre de consultations par habitant diminue lorsque le niveau de formation augmente. Ainsi, la population de Paris dotée d'un fort Indice Pondéré de Formation » (IPF=45) consomme moins de soins de médecins généralistes (3,1 consultations par habitant) que les personnes domiciliées dans le département du Pas-de-Calais détenant un faible Indice Pondéré de Formation » (IPF=34, 5,4 consultations par habitant). Cette significativité au niveau des départements est toutefois trompeuse, car il existe une surreprésentation du niveau élevé de formation de la capitale nationale qui attire les populations les plus diplômées, d'une part, et l'effet de sous-consommation de soins de médecins généralistes par les plus diplômés comme le soulignent les auteurs Pascal, Abbey-Huguenin & Lombrail dans

leur article de 2006, d'autre part. Pour vérifier le phénomène de sur représentativité de la variable « formation » sur celle de la « consommation » de Paris, il suffit d'ôter l'individu statistique de Paris dans une nouvelle droite de régression pour constater que la corrélation n'est plus significative ($P<0,06$) lorsque Paris est exclu, et par conséquent, d'attester de l'absence de lien entre le niveau de formation et la consommation de soins de médecins généralistes pour les 99 autres départements.

Portée au niveau infrarégional, l'analyse de la relation entre le niveau formation des personnes et consommation de soins de médecins généralistes est faite au niveau du « territoire vécu ». Cette maille géographique, construite sur la méthode empirique dite des flux relatifs de l'INSEE, propose d'identifier un espace opérationnel basé sur la réelle pratique spatiale des usagers. Afin de réduire le champ d'investigation de 8 000 territoires vécus au niveau de la France, seules les 305 entités spatiales qui maillent la région Centre-Val de Loire en 2022 sont étudiées¹⁹.

Bien que la population de la région Centre-Val de Loire détienne une faible consommation de soins de médecins généralistes (3,3 consultations par habitant), les médecins généralistes possèdent une activité moyenne (4 880 consultations par an) supérieure à la moyenne nationale. Cette situation s'explique essentiellement par la position peu enviable de la région qui est la plus mal lotie du pays avec seulement 6,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit 1 726 médecins généralistes pour 2,5 millions d'habitants. Toutefois, il existe une grande hétérogénéité régionale de la répartition des médecins généralistes. Si un cinquième

de la population régionale (22 %) dispose de bonnes densités de praticiens supérieures à 8,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants, en revanche, plus de la moitié (57 %) de la population (1,4 million d'habitants) est très désavantagée avec des densités de médecins généralistes inférieures à 6,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Les territoires vécus les mieux lotis et pourvus de fortes densités supérieures à 10 médecins généralistes pour 10 000 habitants longent principalement l'axe ligérien des châteaux de la Loire depuis Blois jusqu'à Chinon, d'une part, et se situent autour de certaines grandes villes, d'autre part. Par exemple à l'ouest de Chartres, avec les territoires vécus de Mainvilliers (11,6 MG/10000 Hab.), de Fontenay-sur-Eure (14,9 MG/10000 Hab.) ; à l'est de Dreux, dans les territoires vécus de Cherisy, d'Abondant (10,9 MG/10000 Hab.) ; à l'ouest d'Orléans dans les territoires vécus de Saran (12 MG/10000 Hab.), de Chaingy (15 MG/10000 Hab.), également au sud d'Orléans avec ceux d'Olivet (12,7 MG/10000 Hab.), de Saint-Cyr (15,9 MG/10000 Hab.), ou encore ceux de Donnery (10,5 MG/10000 Hab.), de Boigny à l'est (14 MG/10000 Hab.) ; à l'ouest de Bourges dans les territoires vécus de Saint-Doulchard et de Levet (10 MG/10000 Hab.) au sud ; à l'ouest de Châteauroux dans les territoires vécus de Saint Aout (14,8 MG/10000 Hab.).

Au niveau des territoires vécus de la région Centre-Val de Loire, le rapprochement de l'Indice Pondéré de Formation face à la consommation de soins de médecins généralistes montre une relation significative ($P<0,001$, $r=0,25$), et positive ($y=22,7+0,87x$). Cela signifie que le nombre de consultations de médecins généralistes augmente en fonction l'élévation du niveau de diplôme. Cependant, cette relation reste faible comme

(18) H.S. Luft, S.C. Maerki, The volume-outcome relationship : practice-makes-perfect or selective-referral patterns ?, in Health Services Research, 17(2), 1982. 157-182 ; J.E. Wennberg, Dealing with medical practice variations : a proposal for action, in Health Affairs, 3(2), 1984. 6-32 ; M.S. Feldstein, The Rising Price of Physicians' Services, in New England Journal of Medicine, 284(20), 1971. 1115-1120.

(19) Sources des données : DCIR 2022, convention tripartite du 15 janvier 2024, Direction de la Coordination de la Gestion du Risque du Centre-Val-de-Loire, Union Régionale des Professions de Santé du Centre-Val-de-Loire, et auteurs.

l'indique le coefficient de détermination ($r^2=6\%$) qui signe ici la grande disper-

sion des individus statistiques autour de la droite affine (Graphe 1, v. *infra*).

III - Discussion

Le premier constat concerne la demande induite²⁰ de soins en fonction de l'offre disponible de médecins généralistes, quelle que soit l'échelle géographique. La relation entre l'offre et la demande est d'autant plus marquée dès que la référence spatiale se réduit. En effet, le coefficient de détermination augmente de manière *crescendo* en fonction du changement d'échelle depuis la région ($r^2=35\%$), ensuite au niveau du département ($r^2=49\%$), et enfin de manière plus évidente encore à l'échelon spatial du « territoire vécu » ($r^2=63\%$). L'impact du coefficient de détermination au sein des différentes mailles géographiques milite pour attester de la pertinence du territoire vécu comme échelle géographique opérationnelle afin de conduire un diagnostic territorial cohérent.

Le deuxième constat repose sur l'influence du niveau de formation par rapport à la consommation de soins de médecins généralistes. Les territoires vécus les plus favorisés comme Chambray-lès-Tours, de Fontenay-sur-Eure, Saint-Doulchard, Mainvilliers, Cherisy, Chaingy, Levet, etc., s'opposent bien à des territoires vécus défavorisés comme ceux de Dreux, de Saint-Amand-Montrond, de Patay, de Baugy, etc. Toutefois, la consommation de soins de médecins généralistes montre une grande hétérogénéité du comportement des usagers. Pour illustrer cette grande dispersion du nuage de points autour de droite de régression, il suffit de constater, par exemple, l'écart de 22 points concernant

le niveau de formation du territoire de Chouzé-sur-Loire par rapport au territoire d'Olivet dont la consommation de soins de médecins généralistes est identique pour ces deux territoires (5,9 consultations par habitant). Ce faible impact du niveau de formation sur la consommation de soins de médecins généralistes s'explique par l'effet de « dilution »²¹ au sein du faisceau de facteurs influençant les déterminants de santé comme l'indique le rapport Lalonde²² de 1981 qui classe les déterminants de la santé en quatre groupes (*Biologie humaine, habitudes de vie, environnement, et organisation des soins et du système de santé*).

Ce travail permet de mettre en exergue deux dimensions dans l'analyse de consommation de soins de médecins généralistes : le niveau de diplôme de la population et une maille territoriale d'analyse. Bien que les études précédentes sur la consommation de soins analysent un ensemble des facteurs démographiques et socio-économiques, il existe peu de travaux mettant en exergue le niveau de diplôme et la consommation de soins dans une déclinaison territoriale. Toutefois, cette analyse permet également d'alimenter davantage la compréhension du comportement individuel dans la consommation de soins en fonction du niveau de diplôme et de la participation en santé d'une manière générale. En effet, Rush²³ souligne que la participation individuelle en santé fait référence à une

possibilité d'un individu de « développer une conscience critique et sa capacité d'agir (faire des choix) » en matière de santé et un élément incontournable de la démocratie sanitaire. Dans ce sens, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé souligne l'importance de conférer aux populations « les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »²⁴. Le phénomène de « prise de pouvoir » par un individu sur sa propre santé a été mis en lumière dans les publications à travers les termes de « santéisme »²⁵ et de l'« empowerment »²⁶. Par ailleurs, une étude des groupes de santé²⁷ aux États-Unis a mis en exergue l'efficacité de participation individuelle dans le contrôle de l'état de santé par rapport à l'intervention médicale. Goldman & Lakdawalla, soulignent également le rôle du facteur d'« investissement du temps » dans le recours aux soins et de ce fait suggère que l'augmentation de recours aux technologies comme un moyen de consommation de soins augmenterait davantage auprès de la population moins diplômée par rapport à la population plus diplômée. Bien qu'il soit difficile de confirmer cette assertion à partir de cette présente recherche, car une étude qualitative approfondie serait indispensable, cette hypothèse ne peut pas être réfutée complètement dans un contexte français. En effet, les travaux de Beresniak et Duru²⁸ ont mis en exergue que la moindre consommation de soins de médecins généralistes des métiers liés aux agriculteurs, employés,

ou d'ouvriers, s'explique par le manque de temps pour recourir à la médecine générale, d'une part, et d'un passage plus récurrent aux urgences à la suite de dégradation de l'état de santé, d'autre part. Par ailleurs, les publications sur le « santéisme » et « l'empowerment »²⁹ se rejoignent dans l'idée que l'augmentation de l'autonomie et de connaissances des individus par rapport à la participation à la santé passe par l'introduction de l'innovation, notamment l'innovation technique, comme les autotests ou les téléconsultations. Ces éléments peuvent donc être pris en compte par le décideur public dans la mise en place de la politique de santé adaptée (promotion de la santé) vis-à-vis du public qui a tendance de consommer moins de soins de la médecine générale, à savoir la population avec un bas niveau de diplôme. Cette action ciblée s'inscrit dans une démarche de la démocratie sanitaire et la participation de l'individu dans la gestion de sa santé.

Toutefois, la dimension territoriale du problème de consommations de soins ne peut pas être ignorée dans le sens de la justice sociale de John Rawls³⁰, à savoir, apporter plus de moyens aux populations les plus démunies. En effet, la matérialisation du problème dans l'espace permet de le rendre plus visible, qui « pourrait facilement passer inaperçu sinon »³¹. D'autre part, l'application de l'action « juste » sur le territoire nécessite une définition claire de « l'échelle du gouvernement »³²

(20) R. Evans, *Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications*, London, 1974.
 (21) F. Bourdillon, G. Brückler, D. Tabuteau, *Traité de santé publique*, Coll. Traités, Éd. Lavoisier, p. 728, 2016.
 (22) M. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, n° de CAT H31-1374, Ministère santé, Canada, 1981.
 (23) E. Rusch, J.D. Aubry, F. Denis, *Participation et démocratie en santé : cadre, concepts et enjeux*, ADSP n° 121 - *Démocratie Participative En Santé*, 2023. 19-24.

(24) OMS, Bureau régional de l'Europe (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa* (WHO/EURO :1986-4044-43803-61666). Article WHO/EURO :1986-4044-43803-61666. <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
 (25) M. Turrini, *A genealogy of "healthism"*. *Eä - Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology*, 7(1), 2015. 11-27.
 (26) M.-G. Fayn, V. des Garets, A. Rivière, *Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient*. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119(2), 2017. 55-73 ; P. Freire, *La pédagogie des opprimés*, La Découverte, 1982.
 (27) D. Goldman, D. Lakdawalla, *Understanding Health Disparities Across Education Groups* (Working Paper 8328). National Bureau of Economic Research, 2001, <https://doi.org/10.3386/w8328>
 (28) A. Beresniak, G. Duru, *Économie de la santé (op. cit.)*.
 (29) M.-G. Fayn, V. des Garets, A. Rivière, *Mieux comprendre... (op. cit.)* ; A.-S. Cases, *L'e-santé : L'empowerment du patient connecté*. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(4-5), 2017. 137-158. <https://doi.org/10.3917/jgem.174.0137>
 (30) J. Rawls, *Théorie de la justice*, Le Seuil, 1987.
 (31) P. Gervais-Lambony, F. Dufaux, *Justice... Spatiale ! Annales de géographie*, 2009. 665-666(1-2), 3-15. <https://doi.org/10.3917/ag.665.0003>.
 (32) P. Gervais-Lambony, F. Dufaux, *Justice... Spatiale ! (op. cit.)*.

(pouvoir central, pouvoir local). Dans ce sens, l'identification du maillage territorial pertinente est indispensable. Le territoire vécu proposé comme une maille d'analyse spatiale des besoins de soins de la population permet de mettre en exergue des pratiques spatiales réelles de consommation de soins par la population et d'identifier les territoires les plus en difficultés au regard de la densité médicale. Dans ce sens, le territoire vécu permet de visualiser une problématique complexe du territoire, celle de consommation faible par une population spécifique dans un contexte de densité médicale faible. Ainsi, le présent article défend l'idée de la pertinence du territoire vécu dans un diagnostic territorial concernant les besoins de soins de la population, et le propose comme un appui indispensable dans la mise en place de la politique publique adaptée aux difficultés territoriales d'accès aux soins.

deux thèmes (*formation versus consommation*) transposée au niveau du département ne montre pas non plus de significativité. En revanche, à l'échelle infradépartementale, la relation entre le niveau d'études et la consommation de soins de médecins généralistes apparaît significativement. Bien qu'existant au niveau du territoire vécu, la relation du niveau d'études de la population face à la consommation des soins de médecins généralistes reste relativement faible, notamment par l'effet de dilution de la formation au sein du faisceau de facteurs influençant les déterminants de santé. Il n'en reste pas moins que dans une moindre mesure, les populations les mieux diplômées disposent, non seulement de moyens financiers généralement plus aisés, mais également une meilleure information en termes d'éducation de la santé.

Le choix de l'échelle opérationnelle infradépartementale pertinente est essentiel pour porter un diagnostic territorial crédible. Certes, la construction d'une maille géographique pertinente impose un investissement chronophage, toutefois, cette contrainte ne doit pas être éludée afin de produire une aide à la décision de qualité aux décideurs dont le but est de conduire à l'amélioration de la politique de santé publique.

Au niveau des régions³³ françaises, il n'existe pas d'influence du niveau de formation de la population sur la consommation des soins de médecins généralistes. La confrontation de ces

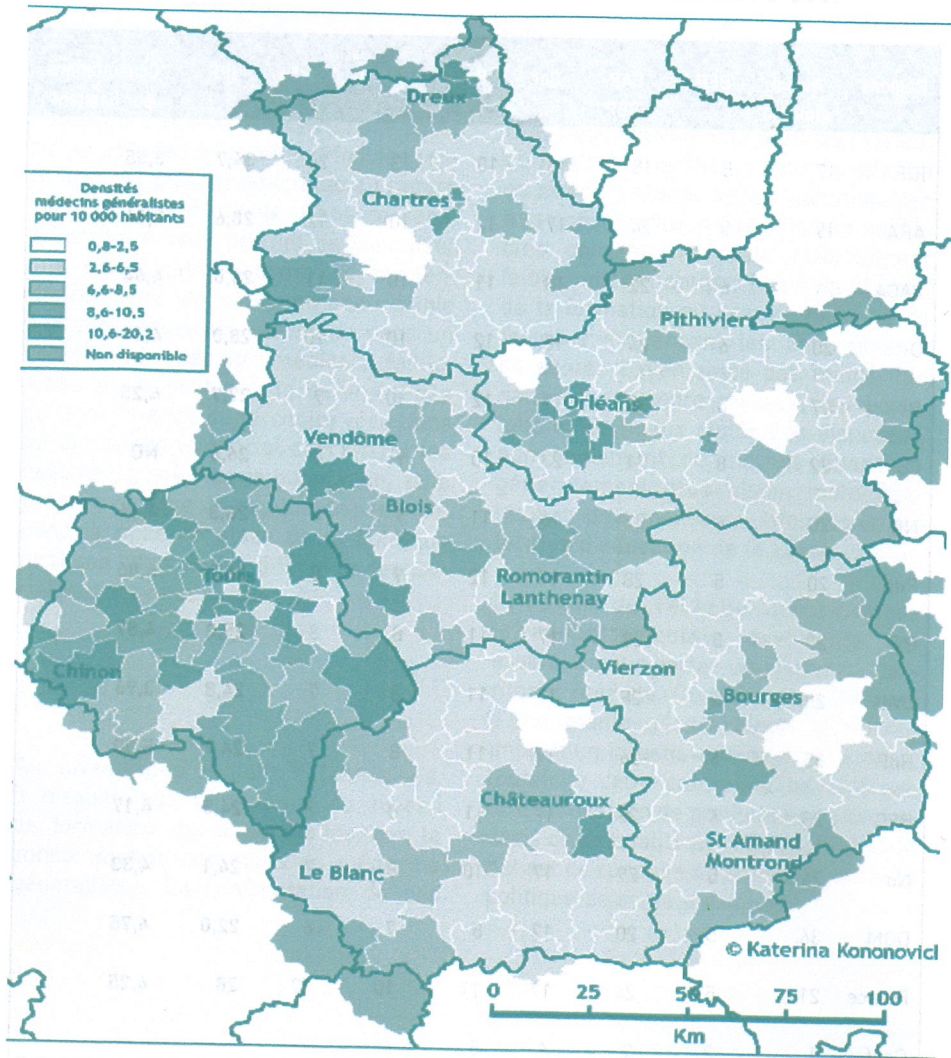
(33) Hors Corse et hors Dom, non traitées dans cette étude.

Tableau 1 : Comparaison des niveaux de formation (score) et de la consommation de soins de médecins généralistes en France

Régions	Aucun diplôme	BEP C	CAP-BEP	Bac	Bac2	Bac3-4	Bac5+	IPF	Consultations par habitant
IDF	17	5	15	16	10	13	24	34,7	3,55
ARA	19	5	24	17	12	10	12	28,6	3,84
PACA	21	6	22	18	11	10	11	28,0	4,64
Oc	20	6	24	18	12	10	10	28,0	4,64
Br	17	6	27	19	12	10	9	27,7	4,25
Co	22	8	21	23	10	9	8	26,6	ND
NA	20	6	27	18	11	9	8	26,3	4,64
PdLL	20	5	28	17	12	9	8	26,1	4,06
GE	23	5	29	17	11	8	8	25,0	4,87
CVdl	23	5	28	17	11	8	7	24,8	3,96
HdF	25	6	26	17	11	8	7	24,7	5,30
BFC	23	6	29	17	11	8	7	24,5	4,17
No	24	5	29	17	10	8	7	24,1	4,33
DOM	36	5	20	17	8	7	6	22,0	4,75
France	21	5	24	17	11	10	12	28	4,25
Coef	1	2	3	4	5	6	7		

Source : Insee, RP 2020 exploitation principale, géographie au 01/01/2023 ; SNIIRAM 2015

Carte 1 : Densités de médecins généralistes selon les territoires vécus du Centre-Val de Loire en 2022



Graph 1 : Comparaison des niveaux de formation versus consommation de médecins généralistes

