

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUILLET  
2016  
NUMÉRO  
0970

## Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires

**Entre 2010 et 2013, les inégalités d'accessibilité géographique aux médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et psychiatres libéraux se maintiennent. Elles augmentent légèrement pour les gynécologues, les pédiatres et les ophtalmologues. Plus qu'entre régions, les disparités sont fortes entre types de communes : les habitants des grands pôles urbains ont une meilleure accessibilité que ceux des communes des périphéries.**

**L'unité urbaine de Paris occupe une situation particulière : la faible accessibilité aux médecins généralistes est contrebalancée par une forte accessibilité aux spécialistes en accès direct.**

**Plus l'accessibilité aux médecins spécialistes est faible, et plus elle correspond à des médecins de secteur 1 : ainsi, faible accessibilité géographique et risque de non-recours pour raisons financières ne se cumulent pas.**

**L'accessibilité aux médecins généralistes de moins de 55 ans, qui tient compte des départs à la retraite prévisibles à l'horizon 2030, est surtout faible dans les communes isolées.**

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un enjeu crucial pour l'égalité d'accès aux soins. La mise à jour de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1] à partir des données de 2013 permet de dresser un état des lieux de l'accessibilité à l'offre libérale et de son évolution sur les dernières années pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les quatre spécialités en accès direct (ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie et psychiatrie). En 2013, la densité médicale de médecins généralistes, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP), est de 69 ETP pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte (tableau 1). Pour les chirurgiens-dentistes, elle est de 48 ETP pour 100 000 habitants ; pour les spécialistes en accès direct, de 6 à 8 ETP pour 100 000 habitants, sauf pour les pédiatres (3 ETP pour 100 000 habitants). Ces moyennes cachent des disparités territoriales parfois importantes. Ces disparités sont mesurées dans la suite de cette étude à l'aide de l'indicateur APL tel qu'il a été développé par la DREES en 2012 (Barlet *et al.* 2012).

### Une faible augmentation des inégalités de répartition

Les médecins généralistes représentent la profession la mieux répartie sur le ter-



1. Le rapport interquartile, ratio entre le troisième quartile et le premier quartile, donne une mesure relative des écarts d'accessibilité entre les 25 % des habitants les mieux dotés et les 25 % des habitants les moins dotés. De façon similaire, le rapport inter-décile (dernier décile rapporté au premier décile) mesure l'écart d'accessibilité entre les 10 % des habitants les plus dotés et les 10 % des habitants les moins dotés.
2. Le découpage régional utilisé est celui en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015, en 22 régions de France métropolitaine et 4 départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte).

rotaire. Les 10 % des habitants les mieux lotis ont une accessibilité, mesurée par l'APL, environ trois fois supérieure à celle des 10 % des habitants les moins bien lotis (tableau 2).

En revanche, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes sont répartis de manière nettement plus déséquilibrée : concernant l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes, aux gynécologues et aux ophtalmologues, les 10 % des habitants les mieux lotis ont une accessibilité 6 à 8 fois supérieure à celle des 10 % des habitants les moins bien lotis. Les disparités les plus marquées concernent l'accessibilité aux pédiatres et aux psychiatres. Pour ces deux professions, le rapport interquartile<sup>1</sup> est plus élevé que celui des ophtalmologues et gynécologues (3,8 et 4,5 contre 2,5 et 2,9), mais c'est surtout aux extrémités de la distribution que les disparités sont fortes : le rapport inter-décile atteint 14 pour les pédiatres et 19 pour les psychiatres.

Ces inégalités ont peu augmenté depuis 2010, mais elles perdurent (encadré 2).

Mesurées par le rapport interquartile, elles stagnent pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les psychiatres et connaissent une faible hausse pour les autres spécialistes en accès direct. Les inégalités augmentent davantage aux extrémités de la distribution pour les gynécologues, ophtalmologues et pédiatres : alors que le rapport interquartile s'accroît faiblement (entre +4 % et +5 %), le rapport inter-décile connaît une hausse plus marquée (+9 % à +10 %). Cette augmentation, des inégalités est liée, notamment pour les spécialistes, à une baisse de l'accessibilité des populations se trouvant dans le bas de la distribution d'APL.

### Des disparités essentiellement entre types de communes

Les premiers constats établis à l'aide de l'indicateur d'APL pour 2010 sont confirmés par la mise à jour des données : les disparités d'accessibilité sont davantage des différences entre types de communes que des différences entre régions. En effet, pour les médecins généralistes, 12 % seulement

de la variabilité de l'APL est expliquée par les écarts entre régions<sup>2</sup>, tandis que les écarts entre types de communes expliquent 26 % (tableau A, sur le site Internet de la DREES). Ces différences sont plus marquées encore pour les spécialistes et les chirurgiens-dentistes.

Les communes des pôles urbains restent les mieux loties (tableau 1) : l'APL aux médecins généralistes dépasse les 80 ETP pour 100 000 habitants, quelle que soit la taille des pôles, à l'exception notable de l'unité urbaine de Paris qui présente une accessibilité faible (55 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants). Le constat est similaire pour les chirurgiens-dentistes. Concernant ces deux professions, dans les espaces ruraux, les communes isolées de l'influence des pôles sont mieux loties que les communes rurales des couronnes des grands pôles : respectivement 65 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 49 ETP pour 100 000 habitants. Ces valeurs moyennes cachent des disparités qui s'accroissent

## ENCADRÉ 1

### L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Il permet de mieux observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur un zonage plus large, aura tendance à masquer, et en minimisant les biais liés au zonage. 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.

Le calcul de l'APL aux médecins généralistes repose sur l'estimation de plusieurs paramètres :

- on considère que l'accessibilité aux professionnels de santé diminue avec la distance ; les seuils de décroissance de la distance sont estimés à partir des taux de fréquentation des médecins généralistes observés dans le système national d'informations interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) [tableau C, sur le site Internet de la DREES]. L'indicateur est très sensible à ce paramètre (Lucas-Gabrielli et Nestrigue, 2016), qui reflète l'idée de « distance acceptable » à laquelle on accède aux soins<sup>1</sup>.
- l'activité de chaque médecin généraliste est calculée en équivalents temps plein (ETP), à partir du nombre d'actes (consultations et visites) réalisés dans l'année. Le nombre d'actes médian correspond ici, par convention, à 1 ETP. La modification de ce paramètre entraîne une variation globale de tous les indicateurs d'APL, sans bouleverser les résultats par type de commune. En revanche, elle impacte particulièrement le nord de la France, marqué par une forte présence de médecins ayant une activité importante.
- enfin, la demande de soins de médecins généralistes est différenciée par classe d'âge, d'après les consommations par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'Assurance maladie. Ainsi, l'indicateur d'APL au niveau communal se lit comme une densité par habitant « standardisé ».

En revanche, au niveau national, la moyenne des indicateurs d'APL communaux, pondérée par les populations standardisées, correspond à la densité par habitant.

Avec une méthodologie similaire, l'APL a été également calculée pour les autres professions de santé de premier recours : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, sages-femmes, pharmaciens.

Le premier indicateur d'APL a été calculé sur les données de localisation et d'activité de l'année 2010. Les résultats présentés ici sont issus d'une mise à jour de l'indicateur d'APL, calculé avec des données plus récentes en préservant la même méthodologie qu'en 2010 afin d'assurer la comparabilité des indicateurs. Les données mises à jour concernent :

- les populations municipales de l'INSEE pour 2011 (l'APL 2010 était calculée à l'aide des données de population pour 2008) ;
- la consommation de soins par tranche d'âge pour le régime général à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) 2013 (l'APL 2010 était calculée à l'aide des données de l'EGB 2009) ;
- les données de localisation et d'activité des cabinets de médecins pour 2013 (l'APL 2010 était calculée à l'aide des données de localisation des cabinets pour 2010).

Par rapport à la version 2010, le distancier Metric, élaboré par l'INSEE, a été utilisé à la place du distancier Odomatrix de l'Institut national de recherche agronomique. Ce nouveau distancier a pour effet d'allonger globalement les temps d'accès et d'accentuer les différences d'APL entre communes. Les évolutions présentées ici sont celles observées entre les indicateurs 2010 et 2013, tous deux calculés à l'aide du distancier de l'INSEE. Les données pour 2010 ne correspondent donc pas aux données publiées précédemment.

1. Par exemple, le choix d'un seuil maximal d'accessibilité moins contraignant, qui revient à considérer que les patients peuvent se déplacer davantage qu'ils ne le font actuellement, provoque un resserrement des valeurs de l'APL et un rapprochement des situations des pôles et de leurs couronnes, car les premiers voient leur offre plus sollicitée (par la population des couronnes) et les seconds accèdent davantage à l'offre disponible dans les pôles.

à mesure que l'on s'éloigne des grands pôles : l'écart type très élevé de l'APL parmi les communes isolées hors influence des pôles (43,5 ETP pour 100 000 habitants) nuance fortement l'accessibilité moyenne relativement bonne de ces communes. Ces résultats sont de plus assez sensibles

au choix des paramètres retenus pour le calcul de l'APL, notamment à la forme de la courbe de décroissance de l'accessibilité avec l'augmentation de la distance (Lucas-Gabrielli et Nestrigue, 2016). Pour les spécialistes, le constat est sensiblement différent. Ces professionnels de

santé sont nettement plus accessibles dans les grands pôles, unité urbaine de Paris comprise, que dans tous les autres types d'espace (petits et moyens pôles, couronnes et communes isolées) : dans le premier cas, l'APL est supérieure à la moyenne et dans le second, inférieure. L'accessibilité est d'au-

## TABLEAU 1

### Accessibilité par type de communes en 2013 et évolution entre 2010 et 2013

En ETP pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres
<b>Grands pôles</b>						
<b>Unité urbaine de Paris</b>						
(écart type)	55 (10,4)	49 (20,1)	9 (3,0)	8 (2,7)	5 (1,5)	13 (9,5)
Évolution 2010-2013 (en %)	-3	-1	-1	-3	-7	-3
<b>Communes des pôles (hors unité urbaine de Paris)</b>						
(écart type)	81 (19,0)	61 (22,9)	9 (3,7)	7 (2,9)	4 (2,3)	10 (8,0)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	2	-1	-6	-3	-3
<b>Communes des couronnes</b>						
Communes urbaines						
(écart type)	73 (21,7)	46 (21,8)	4 (2,2)	4 (2,0)	2 (1,4)	4 (3,0)
Évolution 2010-2013 (en %)	-3	3	-3	-8	-4	-1
Communes rurales						
(écart type)	49 (26,6)	22 (17,6)	4 (2,0)	3 (1,9)	2 (1,2)	3 (2,4)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	3	-3	-8	-5	-2
<b>Moyens et petits pôles</b>						
<b>Communes des pôles</b>						
(écart type)	82 (25,2)	56 (26,2)	3 (2,0)	3 (2,3)	1 (1,5)	2 (2,1)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	0	-13	-12	-7	-4
<b>Communes des couronnes</b>						
(écart type)	49 (28,6)	22 (18,8)	2 (1,7)	3 (1,8)	1 (1,0)	2 (1,7)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	0	-11	-12	-11	-6
<b>Communes isolées hors influence des pôles</b>						
(écart type)	65 (43,5)	28 (31,2)	1 (1,3)	1 (1,4)	1 (1,1)	1 (1,3)
Évolution 2010-2013 (en %)	-4	-1	-12	-11	-12	-2
<b>Ensemble</b>						
(écart type)	69 (26,2)	48 (26,9)	7 (4,1)	6 (3,4)	3 (2,3)	8 (7,8)
Évolution 2010-2013 (en %)	-2	1	-3	-7	-6	-4

**Lecture** • L'unité urbaine de Paris a une accessibilité moyenne de 55 ETP pour 100 000 habitants en 2013 ; cette accessibilité a diminué de 3 % depuis 2010.

**Champ** • Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière, hors Mayotte.

**Sources** • SNIR-AM 2010 et 2013, CNAM-TS ; populations municipales 2008 et 2011, INSEE.

## TABLEAU 2

### Indicateurs d'inégalité d'accessibilité et évolution entre 2010 et 2013

En ETP pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres
Premier décile	36,3	13,2	1,5	1,7	0,5	1
Dernier décile	100,7	83,2	12,4	10,4	6,6	18,6
Rapport interdécile (sans unité)	2,8	6,3	8,3	6,1	13,8	19,4
Évolution 2010-2013 (en %)	1	4	10	9	9	-1
Premier quartile	51,1	28,6	3,2	3,2	1,3	2,4
Dernier quartile	86,3	67,6	9,4	8,1	5,1	10,7
Rapport interquartile (sans unité)	1,7	2,4	2,9	2,5	3,8	4,5
Évolution 2010-2013 (en %)	1	1	5	4	5	0

**Note** • Les calculs sont effectués en pondérant chaque commune par sa population, ce qui permet de raisonner en termes de population plutôt qu'en nombre de communes.

**Champ** • Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière, hors Mayotte.

**Sources** • SNIR-AM 2010 et 2013, CNAM-TS ; populations municipales 2008 et 2011, INSEE.

tant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que ceux-ci sont de moindre importance. De ces observations résulte la situation particulière de l'unité urbaine de Paris, dont la faible accessibilité aux médecins généralistes est contrebalancée par une accessibilité aux spécialistes et aux chirurgiens-dentistes supérieure à celle de tous les autres types de communes.

### En secteur 1, certains spécialistes ne sont pas plus accessibles à Paris que dans la couronne d'un petit pôle

L'indicateur d'APL ne renseigne que la dimension géographique de l'accès aux soins de ville. Toutefois, ce dernier peut aussi dépendre des conditions tarifaires. L'accessibilité aux professionnels de santé de secteur 1 uniquement, c'est-à-dire à des soins à tarifs opposables, peut ainsi refléter un autre pan des inégalités d'accès aux soins<sup>3</sup> (Bocognano, 2009). Cet enjeu est particulièrement crucial pour l'accessibilité aux spécialistes, dans la mesure où plus de la moitié de l'offre de soins en gynécologie et en ophtalmologie au niveau national est fournie par des professionnels de secteur 2 (tableau 3).

Il est possible de calculer une variante de l'indicateur d'APL sur les seuls médecins conventionnés en secteur 1 sans droit permanent à un dépassement d'honoraires. Cela permet d'apprécier l'acces-

sibilité géographique selon le secteur de conventionnement.

Le secteur 2 n'existe pas pour les chirurgiens-dentistes et 95 % de l'offre de soins pour les médecins généralistes est représentée par les professionnels conventionnés en secteur 1 sans droit permanent à un dépassement d'honoraires. L'analyse est donc restreinte aux quatre autres professions (gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres).

La part d'APL liée à des soins à tarifs conventionnels est de loin la plus faible dans l'unité urbaine de Paris, et ce, pour les quatre professions considérées. Dans cette zone, seule 19 % de l'accessibilité aux gynécologues correspond à des professionnels conventionnés en secteur 1 (23 % pour les ophtalmologues).

La part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 est plus forte dans les autres grands pôles : 46 % et 47 % pour les ophtalmologues et gynécologues, plus de 70 % pour les pédiatres et psychiatres. Elle augmente encore dans les petits et moyens pôles, ainsi que dans les communes isolées : la répartition des professionnels non conventionnés en secteur 1 suit donc une logique de polarisation. Ainsi, plus on s'éloigne des pôles et plus les pôles sont petits, plus l'accessibilité aux spécialistes est faible, mais plus cette accessibilité correspond à des professionnels pratiquant

des tarifs conventionnels. Les disparités d'accessibilité sont de ce fait beaucoup moins fortes sur l'offre de soins à tarifs conventionnels que sur les deux secteurs confondus : l'accessibilité aux gynécologues et ophtalmologues est cinq à six fois plus forte dans les grands pôles que dans les communes isolées, mais elle n'est que deux fois plus forte si l'on ne considère que les professionnels de secteur 1. Par ailleurs, l'accessibilité est en général plus élevée dans les zones où les habitants sont les plus aisés. La part de professionnels de secteur 1 a cependant tendance à être plus faible dans ces zones, ce qui nuance les analyses sur le risque de renoncement aux soins pour motif financier. Malgré cet effet, les zones les moins aisées restent moins accessibles lorsque l'on considère uniquement les professionnels de secteur 1.

L'APL aux spécialistes de secteur 1 dans l'unité urbaine de Paris est équivalente à celle des petits et moyens pôles, ainsi qu'à celle des couronnes des grands pôles (autour de 2 ETP pour 100 000 habitants). Ce niveau reflète néanmoins une réalité spécifique dans l'unité urbaine de Paris, où l'offre de secteur 2 constitue une alternative importante. Les autres grands pôles présentent les plus forts niveaux d'APL aux professionnels de secteur 1 (3 à 4 ETP pour les ophtalmologues et gynécologues), tandis que les communes isolées de l'influence des pôles sont, comme pour l'accessibilité à l'ensemble des professionnels, les moins bien dotées, avec moins de 1 ETP pour 100 000 habitants.

•••  
3. Les données exploitées ici ne permettent pas, toutefois, de tenir compte de l'offre de soins dispensée en centres de santé, qui constitue une offre supplémentaire à tarifs opposables.

## ENCADRÉ 2

### Comprendre les évolutions de l'APL entre 2010 et 2013

Pour calculer les évolutions entre 2010 et 2013, l'APL pour 2010 a été recalculée à l'aide du distancier Metric de l'INSEE qui est désormais utilisé.

Dans le calcul de l'APL, l'offre de soins est quantifiée en équivalents temps plein (ETP). L'offre de soins fournie par chaque professionnel est convertie en ETP en fonction du nombre d'actes réalisés dans l'année, rapporté à la distribution du nombre d'actes par professionnel (tableau D, sur le site Internet de la DREES).

Par souci de comparabilité des indicateurs, l'offre de soins pour 2013 a été estimée à l'aide des seuils issus de la distribution observée en 2010.

En tenant compte de l'offre de soins ainsi quantifiée, la densité médicale (qui correspond à la moyenne nationale des APL) diminue pour toutes les professions, chirurgiens-dentistes exceptés. Cette évolution résulte de plusieurs effets (tableau E, sur le site Internet de la DREES). Pour la plupart des professions, les effectifs stagnent entre 2010 et 2013. On note une légère baisse pour les médecins généralistes et une hausse pour les ophtalmologues.

Le nombre d'actes total effectués diminue pour toutes les professions, à l'exception des chirurgiens-dentistes et des gynécologues. Par ailleurs, pour les médecins généralistes, les gynécologues et les psychiatres, la distribution du nombre d'actes par praticien s'étale autour de la médiane : les médecins pratiquant peu d'actes, notamment, en font moins en 2013 qu'en 2010. De ce fait, étant donné que les seuils de 2010 sont conservés dans le calcul des ETP, le volume de l'offre de soins estimée décroît.

La croissance de la population (+1,5 % entre 2008 et 2011) contribue également à la baisse de la densité médicale.

### Les professionnels de secteur 2 sont localisés dans les zones à forte accessibilité

Ces contrastes entre types de communes illustrent une corrélation qui se vérifie de façon plus générale. La part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 est fortement corrélée négativement à l'APL : plus l'accessibilité est forte, plus la part de professionnels en secteur 1 est faible. Au niveau national, cette corrélation est essentiellement due au cas extrême de l'unité urbaine de Paris, où l'accessibilité très élevée correspond en grande majorité à des professionnels du secteur 2. Elle est également vérifiée lorsque l'on exclut l'unité urbaine de Paris (tableau B, sur le site Inter-

TABLEAU 3

Accessibilité aux professionnels de secteur 1 par types de communes en 2013

	Revenu fiscal moyen par foyer (en euros)	Ophtalmologues		Gynécologues		Pédiatres		Psychiatres	
		APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)
<b>Grands pôles</b>									
Unité urbaine de Paris	32 800	1,8	23	1,8	19	2,2	46	5,9	44
Communes des pôles (hors unité urbaine de Paris)	24 244	3,4	46	4,1	47	3,1	71	8,1	79
Communes des couronnes									
Communes urbaines	26 516	2	47	2,1	48	1,7	75	3,6	79
Communes rurales	26 790	1,8	52	2	57	1,3	79	2,7	82
<b>Moyens et petits pôles</b>									
Communes des pôles	21 499	2	59	2	69	1,2	85	2	86
Communes des couronnes	22 465	1,6	61	1,6	71	0,9	90	1,6	89
<b>Communes isolées hors influence des pôles</b>									
	20 821	0,9	61	0,9	71	0,5	90	0,9	89
<b>Ensemble</b>									
	25 728	2,4	42	2,8	42	2,2	67	5,4	77

**Lecture** • L'indicateur d'APL aux ophtalmologues de secteur 1 est de 1,8 ETP pour 100 000 habitants dans l'unité urbaine de Paris. Ainsi, 23 % de l'accessibilité aux ophtalmologues constatée dans l'unité urbaine de Paris est relative à des ophtalmologues conventionnés en secteur 1.

**Champ** • Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière, hors Mayotte.

**Sources** • SNIIR-AM 2010 et 2013, CNAM-TS ; populations municipales 2011, INSEE.

TABLEAU 4

Accessibilité aux médecins généralistes de moins de 55 ans en 2013

	APL aux médecins de moins de 55 ans	Part d'APL liée à des médecins de moins de 55 ans (en %)
<b>Grands pôles</b>		
<b>Unité urbaine de Paris</b>	<b>28,6</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-13	52
<b>Communes des pôles (hors unité urbaine de Paris)</b>	<b>46,8</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-10	58
<b>Communes des couronnes</b>		
Communes urbaines	<b>43,8</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-9	60
Communes rurales	<b>27,3</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-10	56
<b>Moyens et petits pôles</b>		
<b>Communes des pôles</b>	<b>42,7</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-12	52
<b>Communes des couronnes</b>	<b>25,4</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-10	52
<b>Communes isolées hors influence des pôles</b>		
	<b>31,2</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-15	48
<b>Ensemble</b>		
	<b>38,7</b>	
Évolution 2010-2013 (en %)	-11	56

**Lecture** • L'accessibilité aux médecins généralistes est de 46,8 ETP pour 100 000 habitants dans les grands pôles (hors unité urbaine de Paris). Elle a diminué de 10 % depuis 2010. Ainsi, dans les grands pôles, 52 % de l'accessibilité est liée à des médecins généralistes de moins de 55 ans.

**Champ** • Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière, hors Mayotte.

**Sources** • SNIIR-AM 2010 et 2013, CNAM-TS ; populations municipales 2008 et 2011, INSEE.

net de la DREES) et l'ensemble des grands pôles. Par exemple, pour les 25 % des habitants les moins bien dotés (unité urbaine de Paris exclue) en gynécologues, deux tiers (63 %) des professionnels sont conventionnés en secteur 1, alors que pour les 25 % des habitants les mieux dotés, seuls 44 % des professionnels le sont.

Ces résultats sont à rapprocher de l'analyse de Bellamy et Samson (2010) : les professionnels de secteur 2 ont plus tendance que les médecins de secteur 1 à s'installer dans des zones dont la densité médicale est élevée. Cela peut s'expliquer par une moins forte dépendance de leur revenu au nombre d'actes réalisé, la fixation des honoraires constituant pour eux une variable d'ajustement supplémentaire, ainsi que par une sensibilité à la solvabilité de la demande.

En définitive, une accessibilité faible correspond davantage à des soins facturés aux tarifs conventionnels. À l'inverse, la forte accessibilité de certains espaces peut aller de pair avec une faible accessibilité aux soins à tarifs conventionnels.

## La perspective des départs à la retraite fragilise les communes isolées

L'âge moyen de départ à la retraite des médecins généralistes libéraux est de 65,5 ans en 2013 (d'après la Caisse autonome de retraite des médecins de France). En outre, on constate une diminution progressive de l'activité en fin de carrière : par rapport aux médecins généralistes de moins de 60 ans, en 2014, les médecins encore en activité entre 65 et 69 ans réalisent en moyenne 13 % d'actes de moins ; la baisse est de 30 % entre 70 et 74 ans et de 49 % au-delà de 75 ans. Une variante de l'indicateur d'APL, calculée sur les médecins de moins de 55 ans, permet donc d'avoir quelques éléments prospectifs sur la répartition géographique de l'offre de soins à 15 ans. Il faut toutefois se garder de toute interprétation excessive, puisque l'évolution des inégalités d'accessibilité met en jeu non seulement la localisation des départs en retraite, mais aussi les choix de localisation des futurs médecins, non encore

observables. L'indicateur met donc en lumière des zones potentiellement fragilisées par le départ des médecins les plus âgés, qui ne le seront effectivement que dans l'hypothèse où aucune nouvelle installation ne viendrait compenser ces départs.

Les zones les plus fragilisées de ce point de vue sont les communes isolées de l'influence des pôles, puisque 52 % de leur accessibilité aux médecins généralistes repose sur des professionnels de plus de 55 ans, susceptibles de cesser leur activité dans les années à venir (tableau 4).

À l'inverse, les grands pôles (hors unité urbaine de Paris) et surtout leurs couronnes sont les moins exposés à ce risque, puisque 56 % à 60 % de leur accessibilité aux médecins tient à des professionnels de moins de 55 ans, soit un niveau supérieur à la moyenne nationale (56 %).

Les petits et moyens pôles ainsi que l'unité urbaine de Paris se trouvent dans une situation intermédiaire, avec 52 % d'accessibilité correspondant à des médecins de moins de 55 ans. ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.**, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 795, mars.
- **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.**, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Document de travail, série Études et Recherches*, DREES, n° 124, décembre.
- **Bellamy V. et Samson A-L.**, 2010, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Les Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.
- **Bocognano A.**, 2009, « Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins », *Actualité et dossier en santé publique, ADSP*, n° 69, décembre.
- **Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M.**, 2016, « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », *Document de travail*, IRDES, n° 70, février.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site  
[drees.social-sante.gouv.fr](http://drees.social-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur  
[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution  
[drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Franck von Lennep

**Responsable d'édition** : Carmela Riposa

**Secrétaires de rédaction** : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

**Composition et mise en pages** : Stéphane Jeandet

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384