

La répartition des professionnels de santé libéraux de premier recours constitue un enjeu crucial pour l'accès aux soins. La DREES a développé, en collaboration avec l'IRDES, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permettant de dresser un état des lieux de l'accessibilité à l'offre libérale de soins de ville en médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pour les quatre spécialités en accès direct (ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie et psychiatrie) ainsi que pour quatre autres professions de santé (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens). Cet indicateur permet de synthétiser au niveau communal l'adéquation entre l'offre de soins locale (c'est-à-dire celle de la commune ainsi que celles des communes environnantes) et la demande de soins en tenant compte des besoins plus élevés des plus âgés. Le calcul de l'indicateur nécessite de retenir des hypothèses en partie conventionnelles sur l'accessibilité ; il faut donc moins interpréter les résultats en termes absolus qu'en termes relatifs, en comparant le niveau d'accessibilité des zones entre elles.

Une répartition diffuse des médecins généralistes sur le territoire

Les médecins généralistes constituent la profession de santé de premier recours la mieux répartie sur le territoire. En 2013, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et la quasi-totalité de la population accède à un médecin généraliste en moins de 15 minutes. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (encadré 1) révèle par ailleurs des disparités relativement limitées par rapport aux autres spécialités : les 10 % des habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus forte que les 10 % des habitants des communes les moins bien dotées (tableau 1). Ces disparités sont comparables à celles observées pour les pharmacies, dont l'installation est pourtant régulée. En outre, elles n'ont pas augmenté entre 2010 et 2013. Enfin, les personnes âgées de plus de 70 ans, qui recourent deux fois plus souvent au médecin généraliste que les autres patients, ont un accès comparable à ces derniers (Collin *et al.*, 2012).

Encadré 1 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

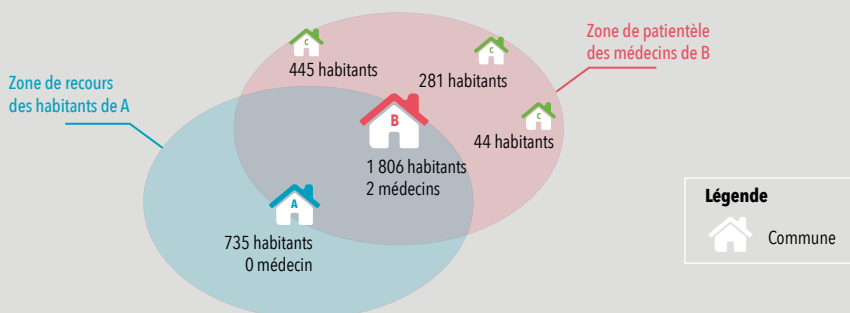
L'indicateur d'APL est un indicateur fin d'accessibilité géographique aux soins de ville prodigués par des professionnels libéraux. Il permet d'observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité aura tendance à masquer, en minimisant les biais liés au zonage et en tenant compte des tensions entre offre et demande.

L'indicateur dépasse les limites des indicateurs usuels d'accessibilité aux soins. En effet, la densité médicale donne une image uniforme de chaque maille, tout en considérant impossible le franchissement des frontières de ces mailles. De son côté, la distance d'accès au plus proche médecin ne tient compte ni du nombre de médecins accessibles, ni des tensions entre offre et demande en raison desquelles le recours ne se fait pas toujours au plus proche (Barlet *et al.*, 2012).

À l'inverse, l'indicateur d'APL est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune. Il repose sur la définition de deux « secteurs flottants » : une zone de recours, qui rassemble l'ensemble des communes dans lesquelles les habitants d'une commune A peuvent aller consulter, et une zone de patientèle, qui permet de quantifier la demande susceptible de s'adresser aux médecins d'une commune B (schéma). L'indicateur tient ainsi compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes.



Exemple de zone de patientèle et de zone de recours



Le calcul de l'indicateur s'effectue en deux étapes. Est d'abord déterminée, pour chaque commune équipée en médecins (B), sa zone de patientèle : l'offre de médecins disponible dans la commune est alors rapportée à la population totale de cette zone. Pour chaque commune (A), est alors considérée sa zone de recours : les ratios précédemment obtenus pour les communes équipées se trouvant dans cette zone de recours sont alors additionnés. Cette somme est l'indicateur d'APL et se lit comme une densité.

Outre ce principe de base, l'indicateur d'APL comprend plusieurs améliorations. Tout d'abord, afin de ne pas considérer l'accessibilité comme parfaite à l'intérieur d'une zone et nulle en dehors, l'APL intègre une décroissance de l'accessibilité avec la distance (évaluée en temps d'accès par la route par le distancier METRIC de l'INSEE) : par exemple, pour les médecins généralistes, dans la définition des zones de recours, l'offre située à moins de 5 minutes est considérée dans son intégralité. On considère ensuite que l'accessibilité décroît de 70 % pour une distance comprise entre 5 et 10 minutes, et de 90 % pour une distance comprise entre 10 et 15 minutes. L'indicateur d'APL est toutefois très sensible au choix de ces seuils (Lucas-Gabriell *et al.*, 2016). Ceux-ci varient selon la profession considérée (tableau encadré) ; ils sont estimés à partir des taux de recours observés selon la distance.

Seuils de décroissance du recours avec la distance

Taux d'accessibilité (en %)	Médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes	Gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, sages-femmes
100	Entre 0 et 5 min	Entre 0 et 15 min
30	Entre 5 et 10 min	Entre 15 et 30 min
10	Entre 10 et 15 min	Entre 30 et 45 min
0	Au-delà de 15 min	Au-delà de 45 min

Lecture > L'offre de soins en médecine générale d'une commune B située à moins de 5 minutes de la commune A est prise en compte en totalité. L'offre de soins en médecine générale d'une commune C située à 7 minutes de la commune A est prise en compte à 30 %.

Champ > France entière.

Sources > SNIIRAM, 2009, CNAMTS ; population 2008, INSEE ; Odomatrix, INRA. Exploitation DREES.

Ensuite, l'offre de soins est quantifiée en équivalents temps plein (ETP), estimés à partir du nombre d'actes réalisés par chaque professionnel dans l'année. Cela permet de tenir compte, par exemple, de la différence d'offre de soins entre un professionnel exerçant à temps plein en cabinet libéral et un autre exerçant à mi-temps à l'hôpital, dont le cabinet est fermé certains jours.

Enfin, dans la population d'une commune, chaque tranche d'âges est pondérée par sa consommation de soins du professionnel considéré. Cela permet de tenir compte des variations de la demande de soins avec l'âge, propre à chaque type de soins : on donne ainsi, par exemple, plus de poids aux enfants dans le calcul de l'APL aux pédiatres (dans des proportions qui correspondent à la consommation de soins observée).

Les disparités d'accessibilité aux médecins généralistes sont davantage liées au type d'espace (commune urbaine ou rurale, située au centre d'un pôle ou en périphérie) qu'à la région (encadré 2). C'est dans les communes des pôles que l'accessibilité est la plus forte : l'APL aux médecins généralistes y dépasse les 80 ETP pour 100 000 habitants (tableau 2), quelle que soit la taille du pôle – à l'exception notable de l'unité urbaine de Paris qui présente une accessibilité particulièrement faible (55 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants). Notons toutefois que cette faible accessibilité aux médecins généralistes est compensée par une accessibilité bien supérieure à la moyenne aux médecins spécialistes¹.

Dans les espaces ruraux, les communes isolées de l'influence des pôles sont en moyenne mieux loties que les communes rurales des couronnes des pôles (65 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 49 ETP pour 100 000 habitants). Toutefois, cette accessibilité relativement bonne en moyenne est nuancée par l'existence de fortes disparités, d'autant plus importantes que l'on s'éloigne des grands pôles.

Les autres professionnels de premier recours sont très concentrés dans les grands pôles

L'accessibilité aux chirurgiens-dentistes est un peu plus faible que l'accessibilité aux médecins généralistes et leur répartition est assez proche : ils sont concentrés dans les pôles de toutes tailles – à l'exception de l'unité urbaine de Paris, relativement peu dotée – et les communes isolées de l'influence des pôles sont mieux desservies que les couronnes rurales des pôles.

Moins nombreux, les médecins spécialistes en accès direct sont également répartis de façon plus hétérogène sur le territoire. Ils sont essentiellement concentrés dans les grands pôles qui, seuls, bénéficient d'une accessibilité supérieure à la moyenne nationale. L'accessibilité est ensuite d'autant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance. Les communes isolées hors influence des pôles sont donc les moins bien pourvues, avec une accessibilité d'1 ETP de chaque spécialité pour 100 000 habitants.

La répartition des professionnels de santé est en outre plus dispersée pour les professions les moins

Tableau 1 Indicateurs d'inégalité d'accessibilité

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmacies ²
Rapport interdécile ¹	2,8	6,3	8,3	6,1	13,8	19,4	5,1	4,9	4,8	2,8
Rapport interquartile ¹	1,7	2,4	2,9	2,5	3,8	4,5	2,2	2,3	2,2	1,5

1. Le rapport interdécile est le rapport entre le seuil qui délimite les 10 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 10 % pour qui elle est la plus faible. De même, le rapport interquartile est le rapport entre le seuil qui délimite les 25 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 25 % pour qui elle est la plus faible.

2. Pour les pharmacies, on ne prend pas en compte le nombre de pharmaciens travaillant dans une pharmacie donnée.

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 > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

1. De plus, les médecins exerçant en centre de santé ne sont pas pris en compte ici, alors que leur présence est particulièrement développée dans l'unité urbaine de Paris. L'Île-de-France est la région, tous médecins et spécialités confondus, où le nombre de médecins pour 100 000 habitants est le plus élevé (Barlet *et al.*, 2012).

Tableau 2 Accessibilité par type de commune

En ETP pour 100 000 habitants, en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophthalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmacies
Grands pôles										
Unité urbaine (U.U.) de Paris	55	49	9	8	5	13	76	53	4	38
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	81	61	9	7	4	10	98	121	7	39
Communes des couronnes										
Communes urbaines	73	46	4	4	2	4	78	112	5	31
Communes rurales	49	22	4	3	2	3	42	76	4	22
Moyens et petits pôles										
Communes des pôles	82	56	3	3	1	2	78	110	5	40
Communes des couronnes	49	22	2	3	1	2	37	75	4	25
Communes isolées hors influence des pôles	65	28	1	1	1	1	47	91	3	35
Ensemble	69	48	7	6	3	8	77	100	6	35

Champ > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.**Sources** > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.**Encadré 2** Typologie des communes

On distingue ici six types de communes en s'appuyant sur les unités urbaines et le zonage en aire urbaine 2010 construits par l'INSEE.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue trois catégories d'aires urbaines :

- > les « grandes aires urbaines », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
- > les « moyennes aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
- > les « petites aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Ici, nous distinguons, au sein des couronnes périurbaines des grandes aires urbaines, les communes rurales des communes urbaines. Nous regroupons les communes des pôles des « moyennes » et des « petites aires ». Sont également regroupées les communes des couronnes de ces aires : 85 % des habitants de ces couronnes vivent dans une commune rurale. Nous regroupons, par ailleurs, les communes hors influence des pôles : 81 % des habitants de ces communes isolées vivent dans une commune rurale. Enfin, nous isolons l'unité urbaine de Paris.

nombreuses : concernant l'accès aux chirurgiens-dentistes, aux gynécologues ou aux ophtalmologues, un rapport de 6 à 8 sépare les 10 % des habitants les mieux lotis des 10 % des habitants les moins bien lotis. Ce rapport monte à 14 pour les pédiatres et jusqu'à 19 pour les psychiatres (tableau 1).

La situation de l'unité urbaine de Paris est particulière, puisqu'elle se caractérise à la fois par une accessibilité aux médecins généralistes très faible par rapport aux autres grands pôles et par une accessibilité aux spécialistes d'accès direct particulièrement élevée.

La répartition des sages-femmes libérales est relativement similaire à celle des spécialistes en accès direct : elles sont d'autant plus accessibles que l'on se trouve proche d'un pôle et que le pôle est de taille importante (à l'exception toutefois de l'unité urbaine de Paris).

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont, comme les médecins généralistes, très concentrés dans les grands pôles, à l'exception de l'unité urbaine de Paris. Les autres espaces urbains (unité urbaine de Paris, petits et moyens pôles, couronne urbaine des grands pôles) bénéficient d'une accessibilité de l'ordre de la moyenne nationale (77 ETP pour 100 000 habitants), tandis que les couronnes rurales des grands pôles et les communes isolées des pôles urbains sont peu dotées (respectivement 42 et 47 ETP pour 100 000 habitants). Les couronnes des petits et moyens pôles sont les moins bien pourvues, avec 37 ETP pour 100 000 habitants.

À l'exception de l'unité urbaine de Paris, les infirmiers libéraux sont également très concentrés dans les grands pôles urbains où l'accessibilité atteint 121 ETP pour 100 000 habitants. Les couronnes urbaines de ces pôles ainsi que les pôles de moindre taille ont également une accessibilité supérieure à la moyenne (respectivement 112 et 110 ETP pour 100 000 habitants). L'accessibilité aux infirmiers est par ailleurs particulièrement faible dans l'unité

urbaine de Paris (53 ETP pour 100 000 habitants). En revanche, la situation des communes isolées hors de l'influence des pôles est relativement favorable : comme pour les médecins généralistes, ces communes ne sont pas, en moyenne, les moins bien dotées ; toutefois, les disparités au sein de cette catégorie sont très importantes. Les infirmiers sont, en outre, très concentrés dans certaines zones localisées, comme le littoral méditerranéen, la Gironde et le littoral breton.

Reffet de la régulation qui régit l'implantation des pharmacies, la dispersion de leur accessibilité est faible (avec un rapport interdécile de 2,8 égal à celui des médecins et inférieur à celui des autres professions étudiées) [tableau 2]. Les pharmacies se concentrent toutefois dans les communes des pôles, où l'accessibilité dépasse 38 pour 100 000². Elles sont nettement moins accessibles dans les communes des couronnes des moyens et petits pôles et dans les communes rurales des couronnes de grands pôles (respectivement 25 et 22 pour 100 000 habitants).

Les grands pôles, excepté Paris, cumulent bonne accessibilité et part relativement élevée de professionnels de secteur 1

Les spécialistes en accès direct se répartissent différemment selon leur secteur de conventionnement. Or ce dernier n'est pas sans lien avec l'accessibilité, les dépassements pouvant constituer un obstacle financier à l'accès aux soins.

Les professionnels conventionnés de secteur 2 sont beaucoup plus concentrés dans les pôles que les professionnels de secteur 1³. L'unité urbaine de Paris en est l'exemple le plus caractéristique : l'accessibilité aux gynécologues y est par exemple la plus élevée, mais seul un cinquième de cette accessibilité est lié à des professionnels de secteur 1. Le constat est similaire pour les autres spécialités. La part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 est plus forte dans les autres grands pôles (46 % et 47 % respectivement

2. Notons qu'il ne s'agit pas ici d'équivalents temps plein, aucune notion d'activité n'étant prise en compte pour l'APL aux pharmacies, qui raisonne au niveau d'une officine sans prise en compte du nombre de pharmaciens y travaillant et de leur activité.

3. Les tarifs pratiqués par les professionnels de santé (et le remboursement des soins) dépendent de leur adhésion à la convention passée entre la profession et l'Assurance maladie (voir la fiche 7). Par souci de simplification, sont désignés ici comme « professionnels de secteur 1 » les professionnels conventionnés en secteur 1 sans droit permanent à dépassement d'honoraires, c'est-à-dire proposant des soins aux tarifs conventionnels, et comme « professionnels de secteur 2 » l'ensemble des autres professionnels, susceptibles de facturer leurs soins à un tarif supérieur aux tarifs conventionnels.

Tableau 3 Accessibilité aux spécialistes de secteur 1 par type de commune

En ETP pour 100 000 habitants

	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 %)
Grands pôles								
Unité urbaine (U.U) de Paris	1,8	23	1,8	19	2,2	46	5,9	44
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	3,4	46	4,1	47	3,1	71	8,1	79
Communes des couronnes								
Communes urbaines	2,0	47	2,1	48	1,7	75	3,6	79
Communes rurales	1,8	52	2,0	57	1,3	79	2,7	82
Moyens et petits pôles								
Communes des pôles	2,0	59	2,0	69	1,2	85	2,0	86
Communes des couronnes	1,6	61	1,6	71	0,9	90	1,6	89
Communes isolées hors influence des pôles	0,9	61	0,9	71	0,5	90	0,9	89
Ensemble	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. Au niveau national, il y a 2,4 équivalents temps plein d'ophtalmologues pour 100 000 habitants. 42 % de cette offre de soins est fournie par des professionnels de secteur 1.

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

Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

Tableau 4 Part de la population dont l'accessibilité aux professionnels de santé libéraux est faible selon le niveau d'accessibilité aux médecins généralistes

En ETP pour 100 000 habitants, en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants

Accessibilité aux généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Ensemble
Faible ¹	86	68	61	72	81	82	65	43	70
Moyenne ou Forte	14	22	17	26	36	12	17	16	4
Ensemble	20	26	21	30	40	18	21	18	100

1. L'accessibilité est considérée faible si elle est inférieure de 50 % ou plus à la densité nationale (encadré 1).

Lecture > 26 % de la population réside dans une commune dont l'accessibilité aux gynécologues est inférieure de 50 % ou plus à la densité nationale. Cette part s'élève à 68 % dans les communes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes.

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

Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

pour les ophtalmologues et gynécologues, plus de 70 % pour les pédiatres et psychiatres), et elle est encore plus élevée dans les petits et moyens pôles ainsi que dans les communes isolées (tableau 3). Ainsi, plus on s'éloigne des pôles et plus les pôles sont petits, plus l'accessibilité aux spécialistes est faible, et plus cette dernière correspond à des 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) : c'est essentiellement l'offre de secteur 2 qui assure à l'unité urbaine de Paris une bonne accessibilité aux soins spécialisés en accès direct. Les autres grands pôles, en revanche, profitent d'une situation particulièrement favorable, avec des niveaux d'accessibilité aux spécialistes similaires à ceux du pôle parisien, tout en affichant des parts relativement importantes de soins facturés aux tarifs conventionnels.

Un cumul des déficits dans les espaces ruraux

Les zones de vigilance sont ici définies comme celles pour lesquelles l'accessibilité, mesurée par l'APL, est inférieure à 50 % de la densité nationale. Pour les définir, il est nécessaire de fixer un seuil en dessous duquel l'accessibilité est considérée comme faible, seuil nécessairement arbitraire. Toutefois, les résultats présentés ici sont très proches en retenant un seuil à 40 % ou à 60 % de la densité nationale.

Les zones de vigilance étant définies pour une profession de santé donnée, la question se pose de l'éventuel cumul de faibles niveaux d'accessibilité relatifs à plusieurs professions dans les mêmes zones.

Or, l'analyse montre que les difficultés d'accessibilité sont pour une large part cumulatives. Ainsi, les zones peu dotées en médecins généralistes sont également peu pourvues en spécialistes en accès direct (tableau 4). Selon la spécialité, c'est 60 % à 80 % de la population dont l'accessibilité aux médecins généralistes est faible qui a également une faible accessibilité aux spécialistes en accès direct.

Ainsi, 7 % de la population cumule une accessibilité faible aux médecins généralistes et à au moins deux spécialistes en accès direct. Cette population réside quasi exclusivement (à plus de 90 %) hors des pôles : 46 % de ces personnes résident dans des

communes rurales des périphéries des grands pôles, 27 % dans les couronnes des petits et moyens pôles, et 18 % dans les communes isolées hors de l'influence des pôles. Enfin, 4 % de la population cumule une accessibilité faible aux généralistes et aux quatre spécialistes en accès direct.

De la même manière qu'entre médecins généralistes et spécialistes en accès direct, certaines substitutions dans la prise en charge des soins sont envisageables entre médecins généralistes et infirmiers. La présence d'infirmiers pourrait donc, dans certains cas, atténuer la faible accessibilité aux médecins généralistes. Cette substitution est toutefois rarement possible, dans la mesure où, ici aussi, les territoires cumulent les faibles niveaux d'accessibilité : parmi les personnes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes, deux sur trois l'ont également envers les infirmiers.

Le constat est légèrement différent concernant la répartition des gynécologues et des sages-femmes libérales. En effet, 56 % des personnes ayant une faible accessibilité aux gynécologues ont une accessibilité aux sages-femmes moyenne ou élevée.

L'exercice de groupe pluridisciplinaire, une voie d'amélioration ?

La colocalisation des professionnels de santé peut être une opportunité pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les zones les plus déficitaires, l'exercice de groupe étant attractif pour les jeunes professionnels et notamment les médecins (Fournier *et al.*, 2014). L'évaluation menée par l'IRDES (Chevallard *et al.*, 2013) a montré que les logiques d'implantation des maisons, pôles et centres de santé vont dans le sens d'un maintien de l'offre de soins dans les zones les moins dotées. Les trois quarts des maisons et pôles de santé sont situés dans des espaces à dominante rurale. Au sein de ces espaces, ces structures sont surtout situées dans des bassins de vie défavorisés en termes socio-économiques et sanitaires.

En outre, en comparant l'évolution de la densité médicale des espaces défavorisés avec et sans maison ou pôle de santé entre 2008 et 2011, on constate que les espaces dotés d'une telle structure connaissent une évolution plus favorable que les espaces qui n'en sont pas dotés, aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines. ■

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 », *Document de travail*, série Études et Recherches, DREES, n° 124, décembre.
- > **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., Collin C., Bigard M., Lévy D.**, 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et Résultats*, DREES, n° 817, octobre.
- > **Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y.**, 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 190, septembre.
- > **Collin C., Evain F., Mikol F., Minodier C.**, 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes », *Études et Résultats*, DREES, n° 816, octobre.
- > **Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M., avec la contribution de Durand G.**, 2014, Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé, *Rapport*, IRDES, n° 557, septembre.
- > **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.
- > **Vergier N.**, 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.