

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/305-inegalites-spatiales-et-financieres-d-accessibilite-a-la-medecine-de-ville-en-france.pdf>

Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France

Le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes

Véronique Lucas-Gabrielli^a, Marie Bonal^a, Catherine Mangeney^b,
Laure Com-Ruelle^a, Christophe Gousset^a

En France, l'accessibilité aux soins de premier recours et aux soins spécialisés présente d'importantes disparités selon les départements. À ces disparités géographiques peuvent s'ajouter des problèmes d'accessibilité financière liés aux dépassements d'honoraires pratiqués dans certaines spécialités et dans certains territoires.

Cette étude propose de renouveler le diagnostic des inégalités spatiales d'accessibilité à la médecine spécialisée de ville en adaptant l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) à ce type de soins et en se centrant sur trois spécialités : les cardiologues, les dermatologues et les ophtalmologistes.

Dans la plupart des départements, on observe d'importantes disparités d'accès à ces trois spécialités, avec une centralité – correspondant souvent à la préfecture – qui offre une bonne accessibilité à ces médecins, celle-ci se réduisant progressivement à mesure que l'on s'éloigne de cette centralité. Dans certains départements situés principalement sur la diagonale centrale, cette accessibilité est toutefois limitée sur tout le territoire. Pour les ophtalmologistes et les dermatologues, l'accessibilité repose essentiellement sur l'offre de secteur 2, tous types d'espaces confondus, alors que pour les cardiologues, elle repose majoritairement sur l'offre de secteur 1. Les dépassements d'honoraires renforcent également les inégalités sociales d'accessibilité géographique aux spécialistes : celle-ci est plus faible pour les communes les plus pauvres et plus élevée pour les communes les plus riches, dans lesquelles la demande est plus solvable.

La France, comme de nombreux pays, est confrontée à une raréfaction de l'offre de soins et à son inégale répartition sur le territoire, à la fois pour les soins primaires et spécialisés. Les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé prévoient jusqu'en 2030 une diminution de la densité médicale

standardisée (c'est-à-dire la densité qui tient compte de la consommation de soins par âge) [Anguis *et al.*, 2021]. En effet, le nombre de médecins par habitant baisse d'autant plus que la consommation de soins augmente du fait du vieillissement de la population.

Dans ce contexte, mesurer les niveaux d'accessibilité spatiale aux soins médi-

caux est un enjeu essentiel pour qualifier la situation des territoires. En France, l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé pour mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins à

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

^b Observatoire régional de la santé île-de-France (ORS-IDF).

un échelon territorial fin. Inspiré de la littérature académique, cet indicateur permet de mesurer les disparités locales sur l'ensemble du territoire pour un certain nombre de professions de santé en soins de premier recours (Encadré 1).

Ces travaux sont ici reconduits pour les médecins spécialistes (hors médecine générale) afin de mesurer les inégalités spatiales d'accès en médecine de ville. Ils intègrent à l'analyse une dimension tarifaire en raison des importants dépassements d'honoraires existant dans certaines spécialités (Legal *et al.*, 2025) et dans certains territoires, qui peuvent constituer une barrière supplémentaire d'accès aux soins, en particulier pour les populations modestes.

Ce travail est centré sur trois spécialités – la cardiologie, la dermatologie, l'ophtalmologie – qui présentent des

spécificités en termes d'accès géographique et financier, et du point de vue de leurs caractéristiques épidémiologiques et technologiques (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). L'objectif est cependant de proposer une méthodologie adaptable à d'autres spécialités médicales.

Comment mesurer l'offre ambulatoire potentiellement disponible ?

Pour caractériser les inégalités spatiales d'accès, il convient d'abord de définir un volume d'offre de soins en médecine « de ville », que l'on qualifiera ici d'« ambulatoire ». Il s'agit de l'offre « mise à disposition » des patients, à la fois par les médecins libéraux exerçant en cabinets (en ville ou au sein de cliniques privées) ou en maisons de santé, ainsi que par les centres de santé et les établissements

de santé publics ou privés non lucratifs, dans le cadre des consultations externes à l'hôpital.

L'offre de soins correspond ici à l'ensemble des soins présentés au remboursement à l'Assurance maladie. Elle ne tient pas compte des soins non remboursés, que l'on ne peut quantifier, et repose donc sur le concept de panier de services pris en charge par l'Assurance maladie. Les médecins non conventionnés (environ 1 % des effectifs des médecins libéraux) ne sont donc pas retenus en raison du très faible niveau de remboursement de leurs soins, en considérant que l'offre de soins doit pouvoir être accessible à tous, y compris d'un point de vue financier.

Mesurer l'offre médicale ne peut reposer sur le seul décompte des effectifs des médecins en raison de leur niveau d'activité très variable, lié à leurs divers choix et contraintes (cycle de vie professionnel, mode d'exercice, préférences personnelles...). L'offre de soins est donc mesurée à partir du nombre de contacts entre patients et médecins. Plus ce nombre est élevé, plus l'accès aux soins est important. Cette approche présente néanmoins l'inconvénient de compter tous les contacts de manière indifférenciée, quel que soit l'acte réalisé, sa durée et sa technicité. Elle constitue cependant une bonne approximation d'un indicateur plus complexe, qui intégrerait les caractéristiques de la séance (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025).

Il est également essentiel de tenir compte des différents lieux d'exercice des professionnels de santé car dans certains territoires, l'offre de spécialistes ne repose que sur les consultations effectuées dans des cabinets secondaires (c'est-à-dire un lieu différent du cabinet principal du médecin) : c'est le cas pour les cardiologues et les ophtalmologues dans 10 % des communes, et pour les dermatologues dans 5 % d'entre elles. De plus, lorsque les communes sont équipées de cabinets secondaires, ces der-

E1

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) [méthode et source]

Le calcul de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) repose sur la construction de « secteurs flottants » au lieu de zonages préétablis. À chaque commune est associé un secteur flottant, qui se définit comme une zone limitée par une courbe isochrone¹ centrée sur le chef-lieu (mairie) de la commune étudiée. On considère que les habitants peuvent accéder à l'ensemble des médecins des communes situées à une distance de leur commune inférieure à une distance de référence. Dans le même temps, chaque médecin répond potentiellement à la demande de tous les habitants des communes situées à une distance inférieure à cette distance de référence. Celle-ci se calcule en deux étapes :

- La première consiste à calculer un *ratio* de densité qui rapporte le volume de la ressource considérée située dans la commune *j* à la population se situant autour de la commune *j*, jusqu'à une certaine distance de référence *d*.
- La seconde étape consiste à sommer, pour chaque commune de résidence *i*, les *ratios* précédemment calculés pour toutes les ressources situées autour de la commune à une distance inférieure à la distance de référence *d*.

Le résultat se lit comme une densité rapportant le nombre de contacts accessibles à la population de la commune (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025).

La méthode de l'APL appliquée à la médecine spécialisée de ville est identique à celle utilisée pour les soins primaires. Il s'agit d'un indicateur calculé au niveau communal pour lequel sont reconstruits les différents paramètres, notamment la manière de définir et quantifier l'offre et la demande de soins.

La construction de l'indicateur repose sur l'utilisation de données fournies par différents partenaires : la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) [offre médicale, consommation de soins] et l'Insee (distancier Metric-OSRM, base Filosofi et recensement). En raison des différents accords et délais nécessaires à l'obtention de certaines bases de données, le millésime des données concerne l'année 2019, ce qui implique de prendre avec précaution toute comparaison avec un constat plus récent.

¹ Une courbe isochrone est une courbe délimitant les points accessibles par un véhicule en un temps donné.

niers contribuent à fournir une partie significative de l'offre locale, aux alentours de 40 % des contacts pour les trois spécialités. Le poids des cabinets secondaires diffère néanmoins selon le type d'espace : dans les communes rurales isolées, ils fournissent la quasi-totalité de l'offre, et dans les zones périurbaines, ils jouent un rôle important (entre le quart et la moitié des contacts selon les spécialités).

Enfin, pour tenir compte d'une forme de vulnérabilité des territoires liée aux prochains départs à la retraite, seuls les médecins de 70 ans ou moins sont retenus, représentant 94 % des effectifs et 96 % de l'activité.

Comment quantifier l'offre financièrement accessible ?

L'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines

spécialités et dans certaines zones géographiques constitue une barrière pour accéder aux soins. C'est notamment le cas des personnes ayant des revenus modestes et de celles ne disposant pas de couverture maladie complémentaire prenant en charge ces dépassements, ou seulement de manière limitée, ce qui induit des restes à charge importants pour elles.

La dimension financière de l'accessibilité est appréhendée en quantifiant les volumes d'offre de soins disponibles : d'une part, en différenciant le volume d'offre « mis à disposition » par les médecins en fonction de leur secteur de conventionnement et de leur adhésion ou non à l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), qui garantit depuis 2017 des dépassements d'honoraires encadrés pour les médecins de secteur 2 et un reste à charge réduit pour les patients ; d'autre part, en distinguant, pour

les praticiens de secteur 2, la part de leur activité réalisée au tarif opposable (c'est-à-dire le tarif de base sur lequel reposent les remboursements de l'Assurance maladie), ainsi que celle réalisée avec un dépassement modéré (Encadré méthode).

Prendre en compte la demande de soins

La quantification des besoins de soins est l'un des éléments les plus complexes pour mesurer l'accessibilité spatiale aux soins. On les estime couramment en prenant en compte la consommation de soins différenciée selon l'âge, qui est un déterminant fondamental du niveau de recours aux soins, la consommation des personnes âgées étant beaucoup plus importante que celles des plus jeunes. C'est la méthode retenue pour mesurer l'APL aux médecins généralistes, que nous reprenons ici.

MÉTHODE

Règles de facturation et de remboursement des actes médicaux par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

On distingue quatre secteurs de facturation des actes médicaux aux patients (fixations des honoraires pour un médecin), correspondant à des règles différentes de remboursement au patient par l'assurance maladie obligatoire (AMO) :

- Le secteur 1 : respect des « tarifs conventionnels » (TC) ou « tarifs opposables » (TO) [tarifs de base sur lesquels reposent les remboursements de l'AMO] pour l'ensemble de l'activité, et pas de dépassements d'honoraires.
- Le secteur 2 avec Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) : au-delà des tarifs conventionnels, le médecin adhérant peut pratiquer des dépassements d'honoraires, mais il s'engage à respecter un taux minimal d'activité facturée au tarif conventionnel sans dépassement, et un taux de dépassement moyen maximal négocié avec l'AMO ; le patient est alors remboursé par l'AMO sur les mêmes bases qu'en secteur 1.
- Le secteur 2 non-Optam : au-delà des TO, le médecin fixe librement ses dépassements d'honoraires, mais le patient est remboursé par l'AMO et l'assurance maladie complémentaire sur des bases moindres.
- Le secteur non conventionnel : le médecin pratique des honoraires totalement libres et le remboursement au patient se base sur un tarif négligeable. Ces médecins non conventionnés ne sont pas pris en compte dans cette étude.

Périmètres de l'offre pris en compte dans l'APL selon les pratiques tarifaires des médecins spécialistes

La dimension financière de l'accessibilité est appréhendée en quantifiant les volumes d'offre disponibles en fonction de leur secteur de conventionnement et de leur adhésion ou non à l'Optam et en

distinguant, pour les praticiens de secteur 2, la part de leur activité réalisée au tarif opposable, ainsi que celle réalisée avec un dépassement modéré. En l'absence de normes établies par ailleurs, deux seuils de dépassements modérés ont été définis : le premier, sur la base du seuil permettant d'accéder à l'Optam (100 % du tarif opposable) et le second est fixé à 50 % du tarif opposable. En résultent les périmètres suivants :

- Périmètre 1 : volume d'offre de secteur 1 uniquement.
- Périmètre 2 : volume d'offre de secteur 1 et de secteur 2 Optam (avec l'activité réalisée au tarif opposable ou non).
- Périmètre 3 : volume d'offre de secteur 1 et de secteur 2 Optam et non-Optam réalisé uniquement au tarif opposable.
- Périmètre 4 : périmètre 3 + volume d'offre dont les dépassements sont inférieurs à 50 % du tarif opposable.
- Périmètre 5 : périmètre 3 + volume d'offre dont les dépassements sont inférieurs à 100 % du tarif opposable.
- Périmètre 6 : volume d'offre global (hors médecins non conventionnés)

L'assurance maladie complémentaire

Au-delà de la protection que confère l'Assurance maladie obligatoire, les contrats complémentaire santé peuvent prévoir dans leurs garanties une prise en charge des dépassements d'honoraires. Selon les estimations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la prise en charge pour les spécialistes (hors médecine générale) est de l'ordre de 37 % à 40 %. Une majorité des montants de dépassements facturés reste donc à la charge directe des patients. Par ailleurs, la facturation de dépassements d'honoraires à des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) est interdite par la loi, hors exigence particulière du patient.

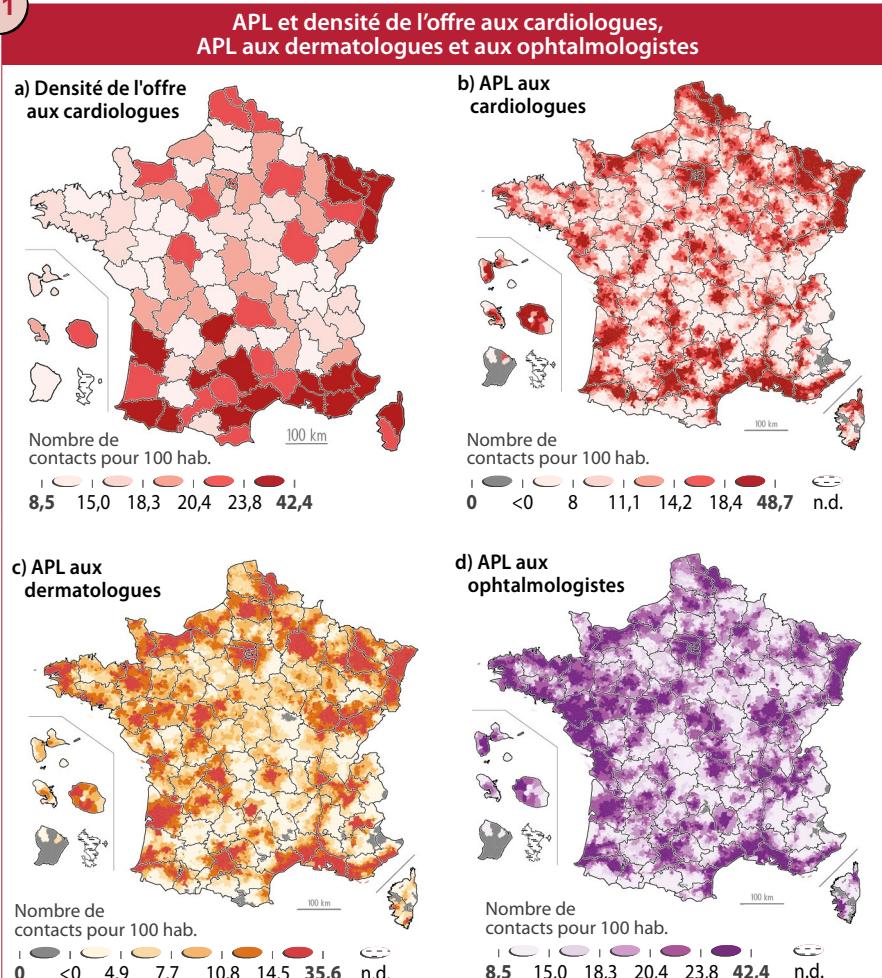
C1

Un indicateur sensible au seuil de distance utilisé

Le choix de la distance est un paramètre essentiel car il permet de définir la distance au-delà de laquelle une offre de soins est considérée comme non accessible (Encadré 1). Pour autant, on ne considère pas que, au-dessous de ce seuil de distance maximale, l'accès est le même partout. Trois seuils de distance intermédiaires sont ainsi utilisés : (1) si la commune d'un patient et celle d'un médecin sont situées à moins de 15 minutes (en voiture), l'accessibilité est totale ; (2) si cette distance est de 15 à 30 minutes, l'accessibilité diminue d'un tiers ; (3) si elle est de 30 à 60 minutes, l'accessibilité diminue de deux tiers. Au-delà de 60 minutes, l'accessibilité est supposée nulle. Ces taux ont été définis en s'appuyant sur les taux de fréquentation en fonction de la distance, à partir des pratiques de déplacement des patients (données de l'Assurance maladie) et de résultats d'enquêtes (FHF et Ipsos, 2024).

L'APL permet d'appréhender les disparités locales d'accessibilité

Calculée au niveau communal, l'APL permet de mesurer les disparités locales d'accessibilité aux soins, qui sont importantes pour les trois spécialités. Dans la plupart des départements, on observe une grande diversité, avec une centralité – correspondant souvent à la préfecture – qui offre une bonne accessibilité à ces médecins, celle-ci se réduisant progressivement à mesure que l'on s'en éloigne (Cartes 1b, 1c et 1d). Cela permet de nuancer le constat produit avec des indicateurs plus classiques, tels que la densité départementale (Carte 1a). Par exemple, si les Pyrénées-Orientales ont une densité élevée de cardiologues, l'APL indique que toute la partie ouest du département semble avoir une accessibilité assez faible, voire nulle, à ces derniers.



Note de lecture : L'APL se lit comme une densité rapportant le nombre de contacts accessibles à la population de la commune. A titre d'exemple, les habitants de l'Abergement-Clémenciat (dans le département de l'Ain) ont accès en moyenne à 21 contacts d'ophtalmologistes par an et pour 100 habitants, 7 pour les dermatologues et 8 pour les cardiologues.

Champ : Médecins conventionnés de 70 ans ou moins, activité de médecine de ville calculée à partir des soins présentés au remboursement à l'Assurance maladie.

Source : SNDS 2019 extraction Assurance maladie, Insee RP 2019, Distancier Metric-OSRM. **Fond de carte :** IGN, 2022 (modifié). **Discrétisation :** quintiles. **Traitements et cartographie :** Irdes.

Cette situation s'explique par le fait que la préfecture de Perpignan, qui abrite une grande partie de l'offre du territoire, se situe à l'est, en bordure du département, tout comme les autres cardiologues du département localisés dans la même zone. Par ailleurs, l'offre située dans les départements contigus ne participe pas non plus à desservir les communes de la partie ouest des Pyrénées-Orientales.

Si les trois spécialités montrent des situations comparables en termes d'accessibilité géographique...

Pour les trois spécialités, on constate des configurations spatiales similaires (Cartes 1b, 1c et 1d), avec des régions

dans lesquelles les patients accèdent plus facilement aux soins, telles que le centre de l'Ile-de-France, l'Alsace, la vallée du Rhône, le pourtour méditerranéen ou le Nord - Pas-de-Calais. Les grandes villes apparaissent également bien dotées, comme Toulouse, Bordeaux, Nantes ou, à plus petite échelle, Clermont-Ferrand et Limoges. De la même manière, certaines régions présentent une faible accessibilité à ces trois spécialités. C'est le cas des zones de montagne, comme le sud du massif Alpin, la Corse ou les Pyrénées, ainsi que de la Guyane, caractérisée par une accessibilité considérée nulle en raison de l'impossibilité de gagner les trois quarts du département par la route. Les dépar-

tements ayant une faible accessibilité sur l'intégralité de leur territoire se situent majoritairement dans la diagonale centrale, de faible densité, reliant le nord-est au sud-ouest du pays.

... chacune d'entre elles présente des spécificités, avec notamment une meilleure répartition des cardiologues sur tout le territoire.

En ce qui concerne les ophtalmologistes, la meilleure accessibilité aux soins est en général observée dans les espaces littoraux, non seulement sur le pourtour méditerranéen, mais également tout le long de la côte Atlantique, au nord de Bordeaux, jusqu'à la Bretagne (Carte 1d). Parmi les départements offrant une très faible accessibilité aux ophtalmologistes, on peut citer particulièrement la Creuse et l'Indre.

Pour les dermatologues, on note une spécificité du Grand Est, qui est singulièrement mieux doté (Carte 1c). Néanmoins, si l'on compare aux ophtalmologistes, on observe un plus grand nombre de départements dans lesquels l'accessibilité aux dermatologues est réduite sur tout le territoire. Les communes à accessibilité considérée nulle (situées à plus d'une heure d'un dermatologue), comme dans la Nièvre, la Lozère ou la Creuse, sont en effet plus nombreuses pour cette spécialité. Par exemple, aucun dermatologue libéral n'exerce dans le département de la Creuse et l'accessibilité (assez faible) sur le territoire est garantie uniquement par les actes et consultations externes assurés par un établissement hospitalier. Autre particularité, les espaces mal dotés en dermatologues sont aussi souvent situés dans la périphérie de l'Ile-de-France et les régions Centre - Val-de-Loire et Bourgogne, espaces qui correspondent à des zones déjà sous-dotées en médecins généralistes.

Les cardiologues semblent quant à eux mieux répartis sur le territoire que les dermatologues et les ophtalmologistes, avec peu de départements présentant une faible accessibilité globale

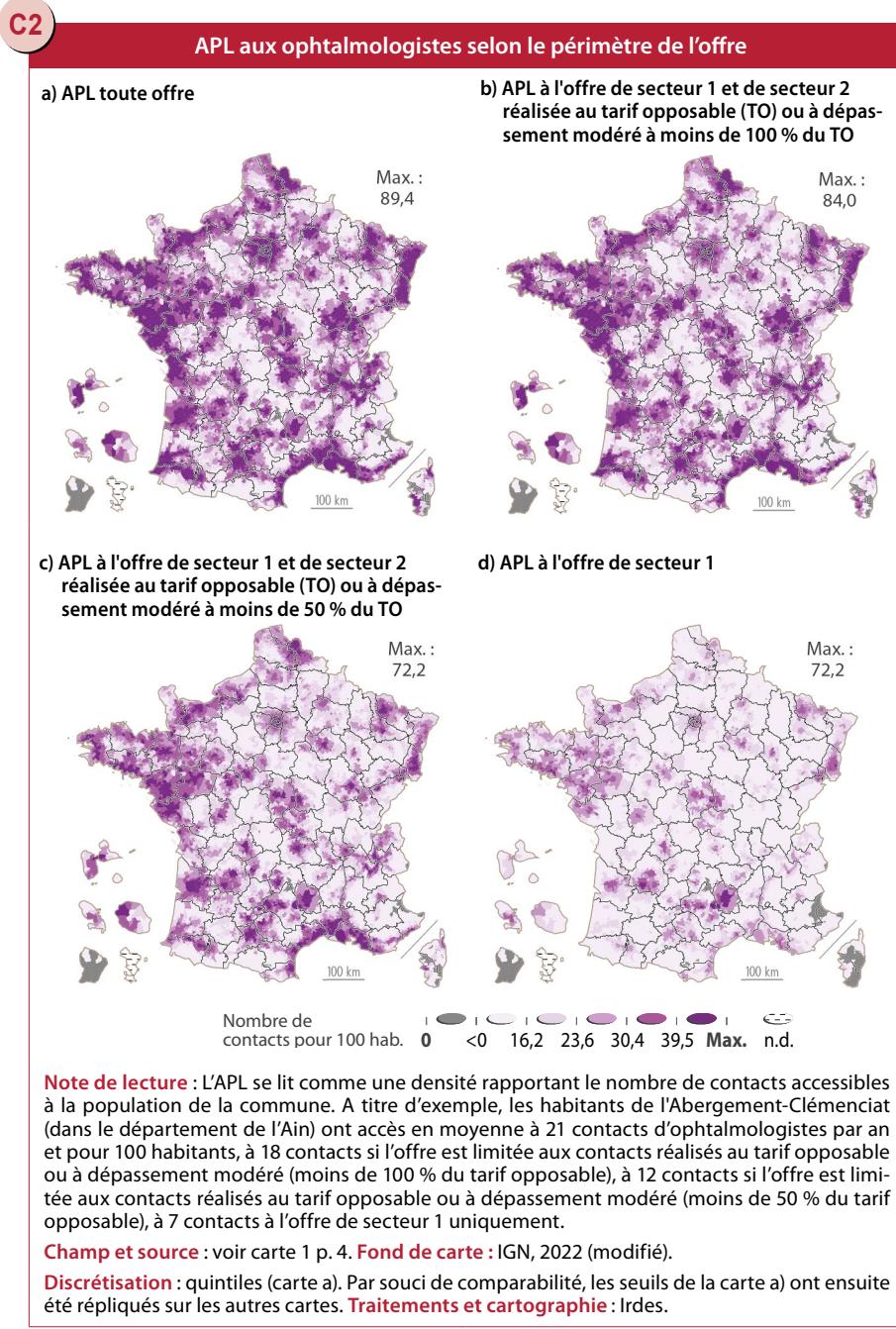
aux soins de cardiologie (Carte 1b). A noter que le Sud est particulièrement bien desservi, comme la région Occitanie.

Pour les ophtalmologistes et les dermatologues, l'accessibilité repose essentiellement sur l'offre de secteur 2...

Au niveau global, l'accessibilité aux trois spécialités varie significativement selon les pratiques tarifaires des médecins. En 2019, les ophtalmologistes

étaient majoritairement conventionnés en secteur 2 (61 %), les dermatologues un peu moins (56 %), tandis que les cardiologues étaient en écrasante majorité en secteur 1 (76 %).

Pour les ophtalmologistes, cette importance du secteur 2 se traduit par le fait que, lorsque l'on passe d'une APL « toute offre », c'est-à-dire quel que soit le secteur de conventionnement du médecin, à une APL limitée au secteur 1, l'accessibilité moyenne des patients est divisée par deux (de 45 contacts à 22 contacts pour 100 habitants), et elle est réduite de 25 % si l'on



se limite à l'offre disponible à dépassements modérés (définis comme inférieurs à 50 % du tarif opposable).

Par rapport aux ophtalmologistes, l'accessibilité aux dermatologues repose un peu moins sur l'offre de secteur 2, avec 16 contacts pour 100 habitants en moyenne pour l'APL « toute offre », et 10 contacts pour 100 habitants si l'on se limite au secteur 1.

Pour les cardiologues, on observe une très faible différence d'accessibilité selon les différentes pratiques tarifaires avec, par exemple, 20 contacts pour 100 habitants pour l'APL moyenne « toute offre » et 17 contacts lorsque l'on considère uniquement le secteur 1 (Cartes 3c et 3d).

... et cela concerne tous les types d'espace

Lorsque l'on considère uniquement l'offre de secteur 1 ou à dépassements modérés, l'accessibilité des patients aux ophtalmologistes baisse très fortement sur l'ensemble du territoire national, y compris pour des zones qui apparaissaient pourtant bien dotées avec l'APL « toute offre ». Par exemple, la Côte-d'Or, très bien desservie par Dijon, a une accessibilité moindre lorsque l'on restreint l'offre à des dépassements modérés à 50 % du tarif opposable, et devient très faible en limitant l'offre à celle du seul secteur 1 (Cartes 2a à 2d). Tous les types d'espace sont marqués par une perte d'accessibilité aux ophtalmologistes dès lors que l'on restreint le périmètre de cette offre : c'est le cas à la fois des communes rurales isolées – pourtant déjà faiblement dotées –, et des très grands pôles. Pour les premières, l'accessibilité moyenne diminue de moitié environ entre l'APL « toute offre » et l'APL au secteur 1, (elle passe de 24,4 à 13,3 contacts pour 100 habitants), et pour les seconds, l'APL est divisée par 2,2 (elle passe de 64,7 à 29,8 contacts pour 100 habitants).

Pour les dermatologues, on observe le même phénomène pour une grande partie du territoire, même si certains

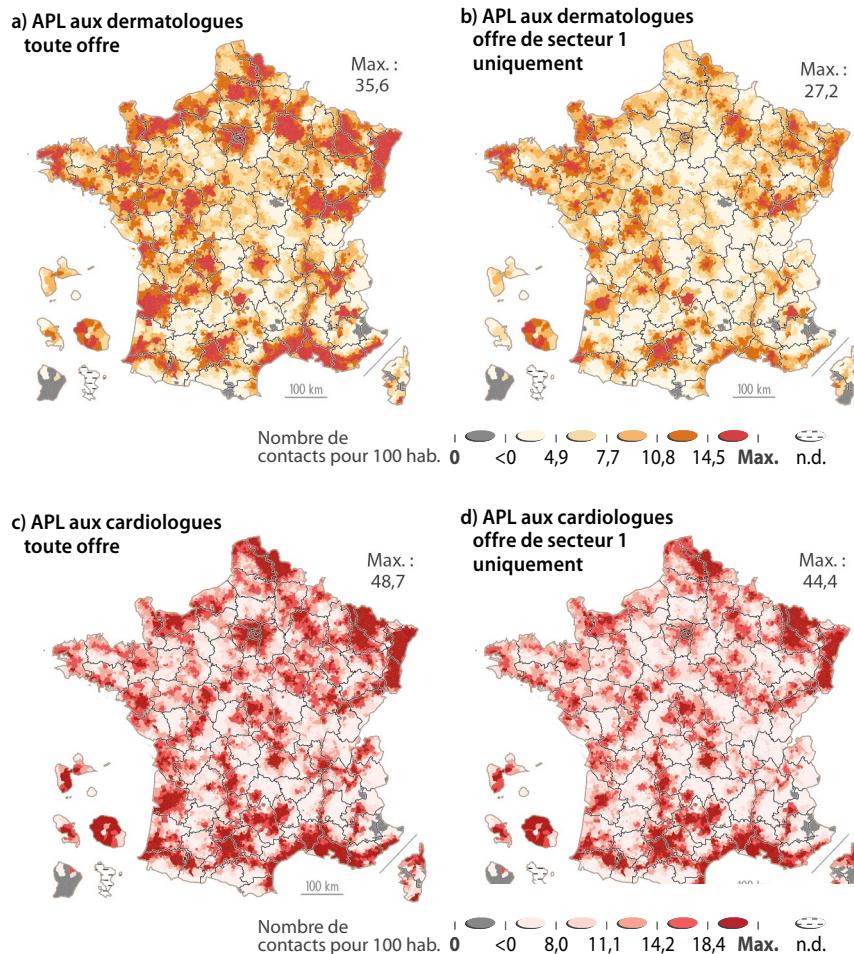
espaces semblent moins touchés, comme les régions toulousaine ou bordelaise, mais aussi l'Alsace (Cartes 3a et 3b¹). Tous les types d'espace sont également concernés par les variations des pratiques tarifaires des médecins, avec tout de même un impact plus important à mesure que la taille de l'aire urbaine augmente. Par exemple, le rapport entre l'APL moyenne « toute offre » et l'APL au seul secteur 1 est de 1,3 dans les communes rurales isolées (elle passe de 8 à 6 contacts pour 100 habitants) contre 1,8 pour les grands pôles (elle passe de 23,1 à 12,8 contacts pour 100 habitants).

Pour les cardiologues, le constat diffère. Si les cardiologues exercent surtout en secteur 1, on constate néanmoins une accessibilité plus faible des patients dans certains départements ou régions très urbanisés, comme l'Île-de-France ou la Gironde (cartes 3c et 3d). En effet, les cardiologues ayant choisi d'exercer en secteur 2 (et qui pratiquent par ailleurs des dépassements plus importants) sont concentrés dans les grands pôles.

¹ Voir aussi Lucas-Gabrielli *et al.* (2025).

C3

APL aux dermatologues et aux cardiologues selon le périmètre de l'offre



Note de lecture : L'APL se lit comme une densité rapportant le nombre de contacts accessibles à la population de la commune. A titre d'exemple, les habitants de l'Abergement-Clémenciat (dans le département de l'Ain) ont accès en moyenne à 7 contacts de dermatologues par an et à 3 contacts si l'offre est limitée uniquement au secteur 1.

Champ : Médecins conventionnés de 70 ans ou moins, activité de médecine de ville calculée à partir des soins présentés au remboursement à l'Assurance maladie.

Source : SNDS 2019 extraction Assurance maladie, Insee RP 2019, Distancier Metric-OSRM.
Fond de carte : IGN, 2022 (modifié).

Discrétisation : quintiles (cartes a et c). Par souci de comparabilité, les seuils des cartes a et c ont ensuite été répliqués, respectivement, sur les cartes b et d. **Traitements et cartographie :** Irdes.

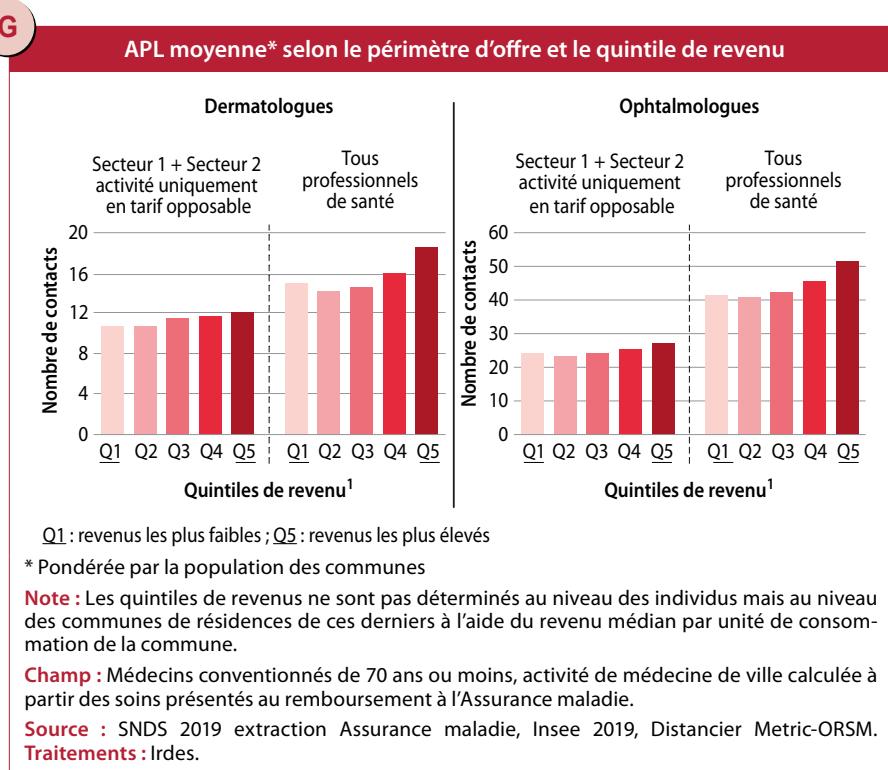
Les dépassements d'honoraires renforcent les inégalités sociales d'accèsibilité géographique

Dans la mesure où, dans certains endroits, il n'existe pas ou peu d'offre en secteur 1, cela expose la population à des restes à charge en cas de recours aux spécialistes. Ces restes à charge peuvent représenter un frein à l'accès aux soins, en particulier pour les personnes aux revenus modestes mais non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. C'est pourquoi nous proposons de croiser cette répartition de l'offre selon la catégorie de tarif appliquée avec les caractéristiques des communes en termes de revenus.

Pour les trois spécialités, et quand on considère l'ensemble de l'offre quelles que soient les pratiques tarifaires, plus la commune présente des revenus élevés, plus l'accèsibilité augmente (Graphique). La meilleure accessibilité des communes les plus favorisées s'explique par l'offre plus abondante

de secteur 2 qui rencontre là une demande plus solvable. En revanche, l'accèsibilité à l'offre à tarif opposable varie peu selon le niveau de revenu

de la commune, avec une accessibilité qui reste légèrement plus élevée dans les communes les plus favorisées (Encadré 2).



E2

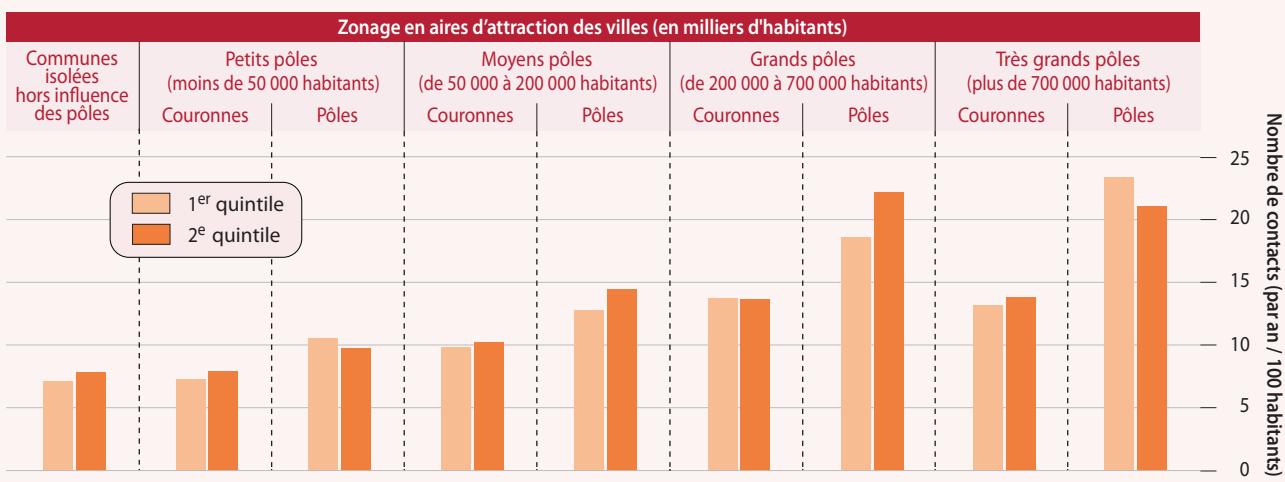
L'accèsibilité des habitants des communes les plus modestes

L'accèsibilité des habitants des communes les plus modestes est un peu plus élevée que celle du deuxième quintile de revenu, voire parfois du troisième quintile. Cet apparent paradoxe s'explique par la répartition

des revenus en France métropolitaine car une grande partie des habitants du premier quintile de revenu vit dans de très grands pôles ou leurs couronnes (encadré et carte en annexe électronique¹) disposant d'un

meilleur niveau d'offre de soins. A type d'espace similaire, cette particularité disparaît le plus souvent (graphique ci-dessous).

APL aux dermatologues par type d'espace et pour les deux premiers quintiles de revenu



¹ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/305-inegalites-spatiales-et-financieres-d-accessibilite-a-la-medecine-de-ville-en-france-annexe.pdf>

Décliné en France pour un certain nombre de professions de santé relevant des soins primaires, l'indicateur de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) constitue une avancée importante par rapport aux indicateurs classiques de densité et de distance car il permet de mettre en évidence les disparités infra-départementales, tout en proposant des améliorations de la mesure de l'offre et de la demande de soins et de leur interaction.

En appliquant ici cet indicateur au champ de la médecine spécialisée ambulatoire, pour le cas de trois spécialités, un constat analogue peut être fait. Ces disparités se manifestent, dans la plupart des départements, sous la forme d'un gradient, allant des plus grands pôles urbains où l'offre est beaucoup plus disponible et accessible jusqu'aux marges départementales, où l'accessibilité est nettement plus faible. On retrouve aussi, en lien avec le niveau d'urbanisation des départements, des régions bien mieux dotées que d'autres (l'Île-de-France, l'Alsace, le pourtour méditerranéen notamment).

On note aussi que les difficultés d'accessibilité à une offre de soins sans dépassements d'honoraires sont très variables selon les spécialités, en raison de la plus ou moins grande importance de médecins en secteur 2. En outre, les dépassements d'honoraires renforcent les inégalités sociales d'accessibilité géographique aux spécialistes puisque l'accessibilité est plus élevée pour les communes les plus riches, qui bénéficient déjà d'une offre à tarif opposable légèrement supérieure aux autres communes, et qui bénéficient en plus d'une offre de secteur 2 bien plus développée.

Le débat public sur les inégalités d'accès aux soins a tendance à se focaliser sur l'inégale répartition des médecins généralistes sur le territoire. Selon l'APL aux médecins généralistes calculée par la Drees, les 10 % de la population les mieux dotés en généralistes ont en 2019 une accessibilité 3,5 fois supérieure aux 10 % de la population les moins bien dotés. Notre étude montre que ces inégalités d'accès sont bien supérieures pour les médecins spécialistes. Ainsi, quand on considère l'ensemble de l'offre, ce ratio est de 4,9 pour les cardiologues, de 5 pour les ophtalmologues et de 6,8 pour les dermatologues. Ces inégalités d'accès à ces trois spécialités restent à un niveau élevé si l'on restreint l'analyse à la seule offre à tarif opposable. Améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes et maîtriser l'évolution des tarifs

pratiqués favoriseraient une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. ♦

REPÈRES

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche de l'Irdes portant sur les dépassements d'honoraires et financé par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam). Plusieurs travaux publiés en octobre 2025 documentent ce sujet : un état des lieux publié par le Hcaam (Hcaam, 2025) qui mobilise les travaux de l'Irdes, regroupés dans deux rapports : l'un relatif aux pratiques des médecins en matière de dépassements d'honoraires (Legal *et al.*, 2025) et l'autre à l'accessibilité spatiale aux médecins spécialistes (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). Ce *Questions d'économie de la santé* est issu de ce dernier rapport.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Anguis M., Bergeat M., Pisarik J., Vergier N., Chaput H. (2021). « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », *Les Dossiers de la Drees*, 76. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/synthese-quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les>
- Hcaam (2025). *Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux*. Rapport du Hcaam. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2025/Rapport%20DH%20Etat%20des%20lieux%20Hcaam.pdf>
- Legal R., Vincent R., Bonal M. (2025). *Les dépassements d'honoraires. Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients*. Rapport de l'Irdes n° 596. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/596-les-depassements-d-honoraires-pratiques-des-medecins-part-dans-leurs-revenus-et-impacts-pour-les-patients.pdf>
- Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Com-Ruelle L., Coldefy M. (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*. Rapport de l'Irdes n° 564. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>
- Lucas-Gabrielli V., Bonal M., Mangeney C., Com-Ruelle L., Gousset C. (2025). *Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes : proposition d'indicateurs*. Rapport de l'Irdes, n° 597. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/597-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-specialistes.pdf>
- FHF, Ipsos (2024). « Accès aux soins : vers une bombe à retardement de santé publique ? », <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>.