

Accessibilité des patients aux soins de premier recours en France : quelles configurations territoriales ?

Marie Bonal (Irdes),
Cindy Padilla (EHESP, CNRS, Inserm,
Arènes-UMR 6051, RSMS-U 1309),
Guillaume Chevillard (Irdes),
Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes)

Repères

Cette étude constitue, à partir de données de 2023, la réactualisation d'une typologie réalisée dans le cadre du programme de recherche nommé OASES ("*Promoting evidence-based reforms on medical deserts*", <https://oasesproject.eu>) financé par l'Union européenne.

Ce travail fait suite à une collaboration entre l'Irdes et l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

La précédente étude avait donné lieu à deux publications : un article paru dans la revue *International Journal of Health Geographics* [1], ainsi qu'un document de travail de l'Irdes [2].

En France, les médecins généralistes, tout comme les autres professionnels de santé de premier recours, sont inégalement répartis sur le territoire, avec pour conséquence des espaces mieux dotés que d'autres.

Malgré l'attention portée depuis longtemps aux disparités d'accessibilité spatiale aux soins de premier recours, les analyses ont souvent été menées profession par profession, plutôt que selon une approche globale et multiprofessionnelle. Cette étude propose une typologie communale permettant de mesurer ces disparités à partir de différentes dimensions, notamment le niveau d'accessibilité aux soins et son évolution, et les besoins de santé de la population.

Des configurations diverses ont pu être observées, qui confirment l'opposition entre, d'une part, les espaces offrant une meilleure accessibilité aux soins (littoraux, Grand Ouest et grands pôles urbains ainsi que leurs couronnes) et, d'autre part, les zones rurales du centre de la France, moins bien dotées. Les résultats nuancent également la démarcation entre espaces urbains et espaces ruraux en montrant le rôle clé des petites centralités : la présence d'une offre de soins de premier recours dans certaines petites villes et bourgs ruraux permet en effet aux communes rurales environnantes de bénéficier d'une meilleure accessibilité aux soins que certains territoires urbains.

Comme de nombreux autres pays, la France est marquée par une raréfaction et une répartition inégale de l'offre de soins sur son territoire. Ces difficultés touchent aussi bien les soins de premier recours que les soins spécialisés, favorisant l'apparition de zones de sous-densité médicale plus ou moins étendues [3].

Bien que l'accessibilité spatiale aux soins ait fait l'objet d'une grande attention depuis plusieurs décennies, les analyses sont restées principalement axées sur une vision « en silo », mesurée profession par profession. Seuls quelques travaux ont adopté une approche profes-

sionnelle, en étudiant notamment le cumul de difficultés majeures d'accès à quatre professions de santé (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières et sages-femmes) [4].

Pourtant, le développement de la coopération pluri-professionnelle et des rôles avancés de certaines professions de santé (auxiliaires médicaux, pharmaciens, sages-femmes...) est considéré comme un élément majeur pour améliorer la disponibilité et la qualité des soins. C'est dans ce contexte qu'une première typologie de l'accessibilité aux soins de premiers recours a été réalisée au niveau

T Evolution de l'accessibilité potentielle localisée (APL) à différents professionnels de santé libéraux entre 2019 et 2022*

Professions de santé	Taux d'évolution annuel moyen de l'accessibilité potentielle localisée (APL) au niveau national	Evolution du rapport D9/D1 de l'APL
Médecins généralistes	- 1,9 %	+ 11,4 %
Infirmières	+ 1,2 %	-7,6 %
Masseurs-kinésithérapeutes	+ 3,0 %	+1,5 %

* D'après les chiffres fournis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), soit moyennes et déciles pondérés par la population.

Lecture : Le 1^{er} dixième rassemble les 10 % de la population les moins dotés (en médecins généralistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes selon le cas de figure), le 2^e dixième les 10 % les moins dotés suivants, etc. Le dernier dixième rassemble les 10 % les mieux dotés. Le rapport entre l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes des 10 % de la population les mieux dotés et des 10 % les moins dotés a augmenté de 11,4 % entre 2019 et 2022, ce qui témoigne de la croissance des inégalités territoriales d'accessibilité aux médecins généralistes.

Source : Drees, calculs Irdes. [Télécharger les données](#)

communal en France (données 2019), afin de montrer la valeur ajoutée d'une classification pluriprofessionnelle sur le premier recours, et d'identifier différentes configurations territoriales [2].

Ce travail propose une réactualisation de la typologie en France (hors Mayotte), à l'échelle de la commune, sur des données de 2023. Entre ces deux périodes, de 2019 à 2023, la France a connu une épidémie de Covid-19 qui a pu avoir un impact sur les professionnels de santé, notamment en termes d'organisation et de décisions professionnelles, dans un contexte d'évolution rapide de l'accessibilité aux soins dans certains territoires.

L'approche statistique proposée ici, empirique et non normative, conduit à une définition des inégalités spatiales d'accessibilité sur la base des situations relatives des territoires les uns par rapport aux autres, contrairement à une approche normative qui implique une définition de seuils.

Champ d'analyse : une approche multi-professionnelle des soins de premier recours

Afin d'étudier les soins de premier recours dans une approche multiprofessionnelle, nous proposons de considérer, aux côtés des médecins généralistes, trois autres groupes de professionnels ou de services : d'une part, les « professionnels de soins de proximité », qui regroupent les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmacies et, d'autre part, les « services de proximité intermédiaire », notamment les laboratoires médicaux et les cabinets de radiologie. Il s'agit de souligner la complémentarité de ces professions aux côtés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients. Au-delà des soins primaires, ont été inclus les soins d'urgence qui apportent une réponse immédiate et essentielle à un besoin de soins, en particulier lorsqu'il s'agit d'une urgence vitale.

Ces professions et ces services sont plus ou moins nombreux et plus ou moins bien répartis selon les territoires, si bien que leur présence concomitante n'est pas garantie. Par exemple, si le maillage des pharmacies sur le territoire français est très fin et réglementé, les services d'urgence ne sont généralement présents que dans des villes moyennes ou des grandes villes. Par ailleurs, l'installation des infirmières libérales et des masseurs-kinésithérapeutes est régulée : celle-ci est limitée dans les zones mieux dotées.

L'évolution de l'accès aux soins diffère selon les professions de santé, avec un déclin plus marqué pour les médecins généralistes. En France, entre 2019 et 2022¹, l'évolution de l'accessibilité territoriale aux soins, mesurée à l'aide de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Encadré Méthode et données p. 5 et 6] diffère selon les professionnels de santé considérés. Pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, l'accessibilité moyenne augmente au global sur cette période (Tableau) et s'accompagne d'une diminution des inégalités territoriales. Ainsi, le rapport entre l'accessibilité moyenne des 10 % de la population les mieux dotés et celle des 10 % les moins bien dotés reste assez stable pour les masseurs-kinésithérapeutes et diminue nettement pour les infirmières (Tableau). Au contraire, l'accessibilité aux médecins généralistes n'a pas cessé de décroître entre 2019 et 2022, accentuant très fortement les inégalités communales (+ 11,4 %), ce phénomène devant s'atténuer dans les prochaines années puis s'inverser à partir de 2030 [5].

¹ La méthodologie de calcul de l'APL ayant connu d'importantes modifications en 2023, il est fortement déconseillé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de comparer les résultats 2023 avec ceux des années précédentes. Pour cette raison, nous utiliserons les données 2022 pour les calculs de taux d'évolution. Par ailleurs, l'évolution de l'APL ne tient pas compte du vieillissement de la population entre 2017 et 2022.

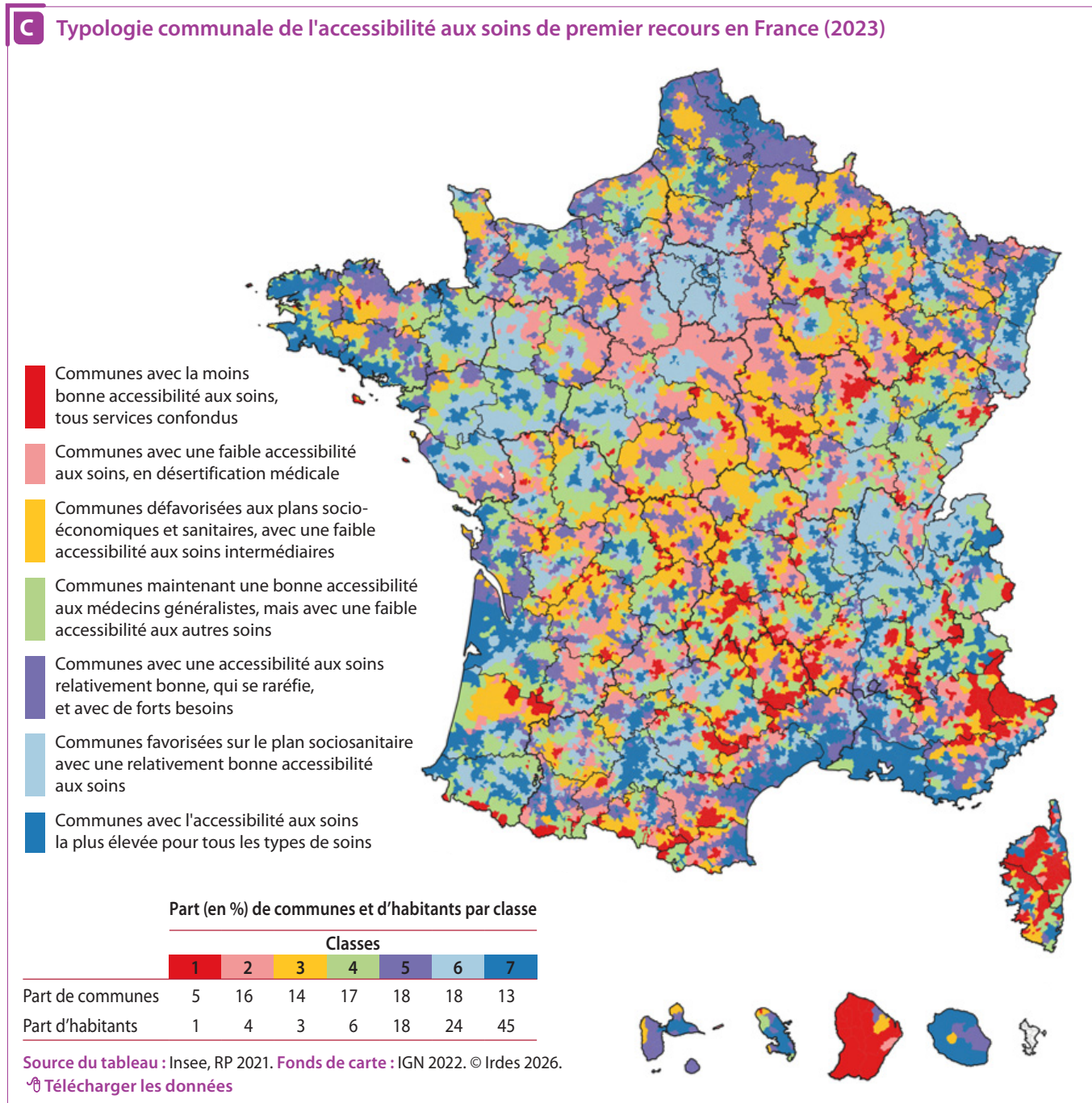
Accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales diverses

La typologie identifie trois grands types de classes de communes (Carte et Figure p. 4) : les communes caractérisées par une plus faible accessibilité à tous les professionnels de santé (classes 1, 2 et 3) ; celles pour lesquelles le niveau d'accessibilité à certains professionnels de santé est plus mitigé, l'accessibilité étant faible pour certains services et meilleure pour d'autres (classe 4) ; et celles qui présentent une meilleure accessibilité aux différents soins, ce qui ne les empêche pas de rencontrer d'autres difficultés relatives au niveau des besoins de la population et à l'évolution de l'offre de soins (classes 5, 6 et 7).

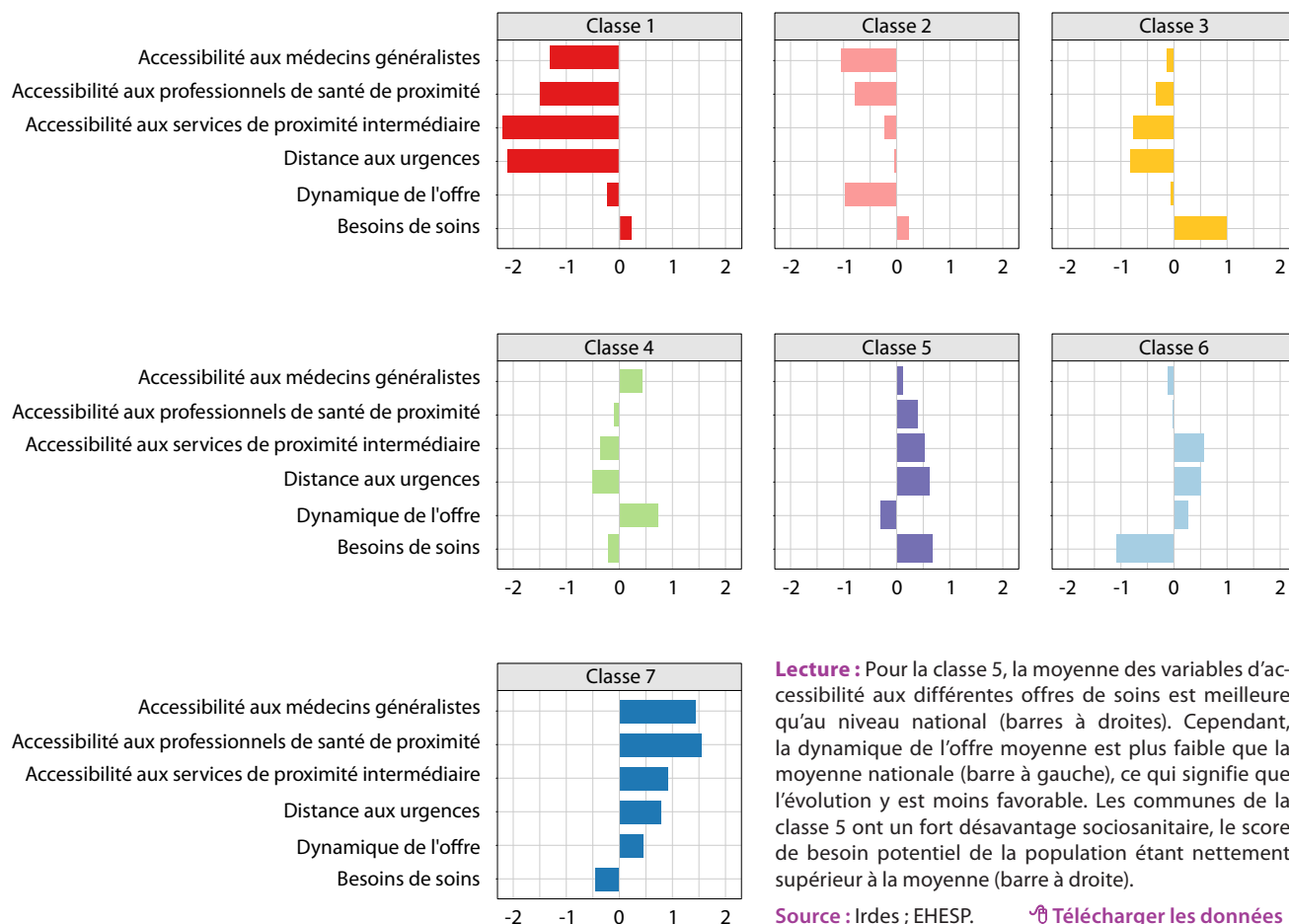
Des communes rurales isolées, avec une plus faible accessibilité aux soins de premier recours

Les trois premières classes (en rouge, rose et orange sur la carte) regroupent des communes rurales très peu peuplées ayant pour point commun de cumuler une faible accessibilité à l'ensemble des professionnels et services de santé, et de forts désavantages au niveau socio-sanitaire. En additionnant ces trois classes, on observe que 35 % des communes sont situées dans des territoires dits « critiques », mais qui ne comptent que 8 % des habitants.

Les communes de la classe 1, qui présentent la moins bonne accessibilité aux soins de premier recours, sont souvent situées dans des zones montagneuses (Alpes du



F Profils standardisés des classes de communes



Sud, Corse...), sur des îles ou dans certains départements français d'outre-mer (Guyane). Cette classe regroupe des cas « extrêmes », pour lesquels l'accessibilité à l'ensemble des services de santé est la plus faible, alors que les besoins de soins de la population sont plus élevés que la moyenne. Les communes de la classe 3 se situent, quant à elles, le long de la diagonale reliant les Ardennes aux Pyrénées. Elles présentent également une mauvaise accessibilité aux soins, mais celle-ci est beaucoup plus marquée concernant les radiologues, les laboratoires et les services d'urgence, et dans un contexte de forts besoins de soins.

La classe 2 se concentre dans la moitié nord de la France, plus particulièrement dans les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne et au sud de la Normandie. Elle se distingue des classes précédentes par son processus de désertification : outre une plus faible accessibilité, en particulier aux médecins généralistes, infirmières et masseurs-kinésithérapeutes, c'est dans ce groupe que la perte d'accessibilité aux médecins généralistes, entre 2018 et 2022, est la plus importante. Cette raréfaction s'explique en partie par de nombreux départs de médecins à la retraite, mais aussi par des départs de médecins actifs, qui peuvent dégrader rapidement la situation des communes

concernées. Ce constat est accentué par une dynamique moins favorable qu'ailleurs concernant l'accessibilité aux infirmières et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Des communes rurales ayant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais pas aux services de proximité intermédiaire

Contrairement aux classes précédentes, pour la classe 4 (en vert), les difficultés ne concernent qu'une partie de l'offre de santé considérée : l'accessibilité est en effet relativement élevée pour les médecins généralistes mais plutôt faible pour les radiologues et les laboratoires, ainsi que pour les urgences. Ce cas de figure concerne des communes généralement isolées ou situées dans la zone périurbaine de petits pôles, qui se situent souvent au niveau régional dans le sud-ouest, mais aussi dans le nord-est du pays. C'est la classe qui connaît la dynamique la plus favorable en matière d'accessibilité, même s'il s'agit d'une classe plutôt rurale. En effet, dans ces communes, l'accessibilité aux médecins généralistes s'est maintenue et a même parfois augmenté. Il s'agit de la classe rurale qui enregistre les taux globaux de médecins généralistes sortants les plus faibles, avec et hors retraités.

Des pôles urbains hétérogènes en termes d'accessibilité aux soins de premier recours

Les trois dernières classes (en violet, bleu clair et bleu foncé), constituées de pôles urbains, présentent un niveau d'accessibilité plus élevé pour l'ensemble des professionnels et services de santé considérés, à l'exception des médecins généralistes, pour lesquels ce niveau est plus élevé seulement pour les communes de la classe 7 (bleu foncé). Celles-ci se trouvent dans des pôles urbains, quelle que soit la taille des villes, mais aussi dans des départements d'outre-mer comme la Réunion ou des îles métropolitaines comme l'île d'Ouessant. Cette classe regroupe les valeurs extrêmes, caractérisées par la plus grande accessibilité aux soins. La dynamique de l'offre est parmi les plus favorables pour les médecins généralistes, ainsi que pour les autres professionnels de santé de proximité.

Les communes périurbaines de grands pôles autour de Paris, Lyon, Toulouse, Rennes ou Nantes, appartenant à la classe 6, se distinguent par leur niveau élevé d'avantages sociosanitaires et leur dynamique de l'offre plutôt favorable, mais aussi par une plus faible accessibilité aux médecins généralistes et aux professionnels de santé de proximité.

La classe 5, composée principalement de petits et moyens pôles du nord de la France, tels qu'Auxerre, Douai ou encore Montargis, se caractérise par une acces-

sibilité aux soins de premiers recours relativement comparable à celle de la classe 6, mais légèrement meilleure pour les professionnels de santé de proximité. Inversement, ces communes sont confrontées à une dynamique de l'offre peu favorable et à des besoins de soins parmi les plus élevés. Elles sont caractérisées par un important taux de chômage et une proportion élevée d'ouvriers (Annexe électronique 3²), et sont également marquées par un processus de désertification médicale. Après la classe 2, il s'agit de la classe qui enregistre la plus forte diminution du nombre de médecins généralistes.

Des inégalités d'accessibilité aux soins de proximité qui dépassent le clivage entre espaces urbains et ruraux

Si l'accessibilité aux laboratoires médicaux, aux radiologues ou aux urgences est marquée par un clivage urbain/rural, il n'en va pas de même pour les soins de proximité (médecins généralistes, infirmières et pharmacies). Cela s'explique par le fait que ces équipements ne sont pas répartis aux mêmes niveaux de la hiérarchie urbaine. Ces soins, fréquents, sont présents dans des villes plus petites, tandis que les radiologues et les soins d'urgence, plus rares, sont concentrés dans des villes plus

² Liste des variables illustratives : voir « Pour en savoir plus », p. 8.

Méthode et données

Dimensions prises en compte

Les variables actives ont été sélectionnées afin de caractériser la situation des communes françaises selon trois dimensions (Schéma p. 6, Annexes électroniques 1^a et 2^b) :

- L'accessibilité aux soins de premier recours.
- L'évolution de l'accessibilité aux médecins généralistes entre 2018 et 2022, afin d'identifier des inégalités croissantes dans l'accès aux soins résultant à la fois de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux, mais aussi de l'accroissement et du vieillissement de la population.
- Les besoins de la population en matière de soins permettent de qualifier les communes dont les populations ont *a priori* des besoins plus importants, c'est-à-dire dont les caractéristiques socio-économiques et/ou l'état de santé, que nous appellerons caractéristiques sociosanitaires dans le reste de l'étude, sont en moyenne plus défavorables qu'ailleurs. Les besoins de soins

de la population en fonction de l'âge sont déjà pris en compte dans le calcul de l'APL.

Des variables illustratives, ne participant pas à la construction des classes mais permettant de les qualifier, ont été incluses dans l'analyse, comme le degré d'urbanisation, le niveau d'attractivité et l'organisation locale des soins de santé, ainsi que d'autres variables socio-économiques et d'évolution de l'offre (Schéma p. 6 et Annexe électronique 3^c).

Données

Les données mobilisées portent sur l'année 2023 (Annexe électronique 1^a) et proviennent principalement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et du Système national des données de santé (SNDS) concernant l'accessibilité aux soins et son évolution, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur

les causes médicales de décès (Inserm-CepiDC), de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les besoins de soins.

Zone d'étude et échelle d'observation

L'étude porte sur l'ensemble de la France – à l'exception de Mayotte en raison du manque de données – à l'échelle géographique de la commune (34 990 communes). La commune est une échelle géographique adaptée car elle constitue un bon compromis en termes de disponibilité de données médico-administratives et d'échelle de mesure de l'accessibilité aux soins de premier recours.

Suite page suivante

^a Liste des variables actives : voir « Pour en savoir plus », p. 8.

^b Description des classes en fonction des variables actives : voir « Pour en savoir plus », p. 8.

^c Liste des variables illustratives : voir « Pour en savoir plus », p. 8.

Méthode et données (suite)

Accessibilité potentielle localisée

L'accessibilité aux soins est mesurée à l'aide de l'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée (APL) lorsque celui-ci est disponible pour le type de professionnel de santé considéré. L'APL est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville, tenant compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des professionnels de santé. Par définition, il s'agit d'une densité flottante d'équivalents temps plein de professionnels de santé ou de consultations disponibles par an, rapportés à la population standardisée par âge et calculée au niveau communal. Cette densité s'affranchit des frontières administratives en considérant l'offre de soins et la demande dans la commune considérée, mais aussi dans les communes voisines (pour plus de détails, voir [6] et <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>).

Pour ce travail, l'APL est abordée selon une approche territoriale et non populationnelle, contrairement aux chiffres produits par la Drees. Cela signifie que les moyennes par classe représentent l'APL moyenne des communes qui les composent, sans pondération par leurs populations. Nos résultats ne sont donc pas comparables avec les moyennes nationales produites par la Drees.

Méthode

Cette étude applique une statistique multidimensionnelle similaire à celle utilisée pour la typologie précédente [2]. Cette approche en trois étapes consiste à créer un score par dimension en tant qu'étape préliminaire, avant d'effectuer une analyse en composantes principales (ACP) et une classification ascendante hiérarchique (CAH) [Schéma ci-dessous]. Ainsi, quatre scores ont été calculés et intégrés à l'ACP globale : l'accessibilité aux professionnels de soins de proximité, l'accessibilité aux services de proximité intermédiaire, la dynamique de l'offre et les besoins de la population en santé. Les variables d'accessibilité aux médecins généralistes et services d'urgence ont, quant à elles, été intégrées directement. L'ACP présente un pourcentage de variance expliquée par les trois premières composantes de 77,5 %. La CAH, exécutée à partir des trois premières composantes de l'ACP, consiste à regrouper des unités spatiales les unes par rapport aux autres, en fonction de leurs similitudes (à l'intérieur d'un groupe) et de leurs dissimilitudes (entre groupes), sur la base de leurs caractéristiques définies par un ensemble de variables. A partir du graphique du gain d'inertie et du dendrogramme, une classification en sept classes a permis d'ob-

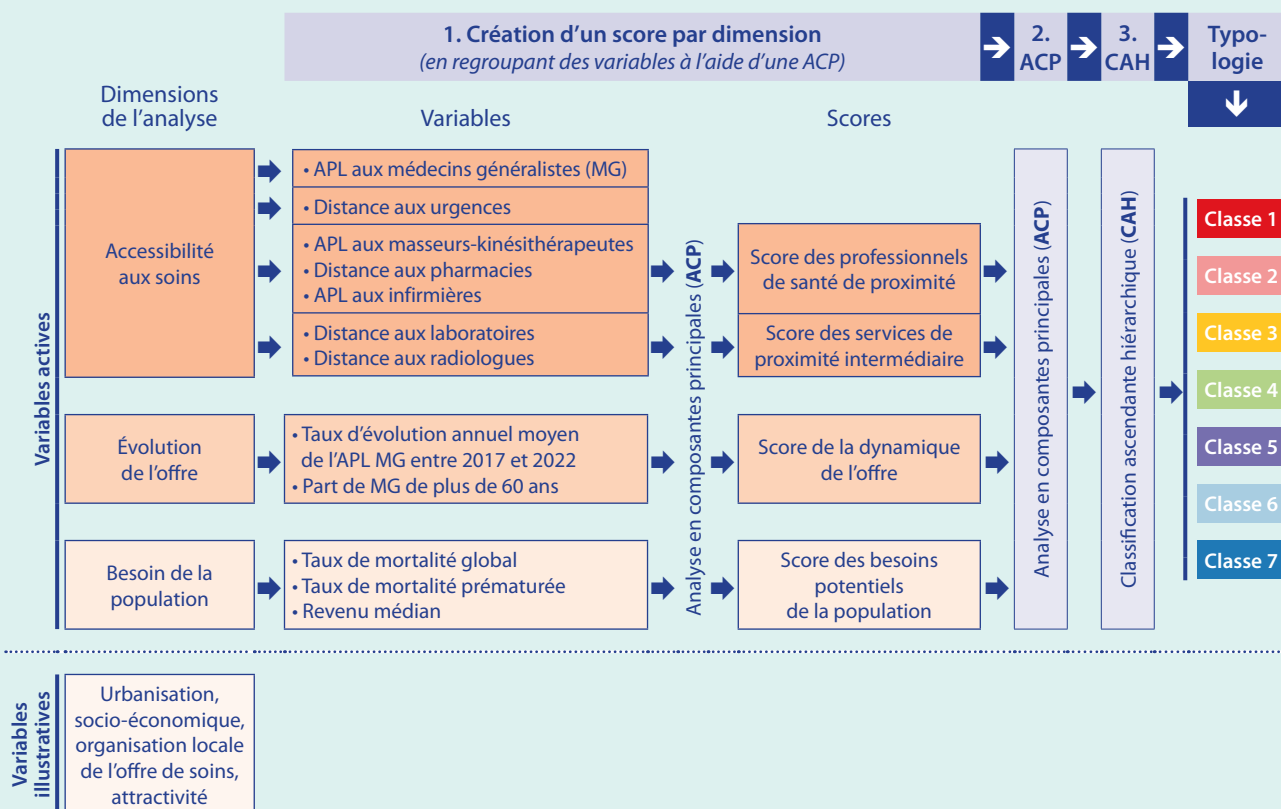
tenir le maximum d'informations résumées, tout en conservant un nombre raisonnable de classes.

Comparer deux typologies dans le temps

Les résultats de la typologie présentés ici ne seront pas comparés directement à ceux de la typologie précédente, réalisée sur données 2019. Bien que reprenant la même méthode et s'appuyant sur les mêmes indicateurs, différents paramètres rendent la comparaison directe difficile à interpréter :

- **Une recomposition des classes :** L'évolution de la situation globale et relative des communes les unes par rapport aux autres fait qu'elles ne se regroupent plus forcément de la même manière, c'est-à-dire qu'elles ne vont plus nécessairement se rassembler en classes selon les mêmes variables, ce qui va engendrer des modifications des caractéristiques des classes.
- **Le changement du niveau des indicateurs au sein d'une même classe :** même pour les classes ayant gardé la même caractérisation par rapport aux autres, les niveaux des indicateurs à l'intérieur des classes ont également pu évoluer.

Étapes méthodologiques de construction de la typologie



grandes. L'importance des petites centralités dans l'accessibilité aux services de proximité est mise en exergue dans la classe 4 : bien que situées dans des zones rurales isolées, ces communes bénéficient d'une accessibilité aux médecins généralistes relativement élevée. Il s'agit en effet de petites villes qui jouent le rôle de centralités locales, leur permettant d'être bien desservies par les services de proximité, un constat déjà dressé pour d'autres types de services [7, 8]. Celles-ci accueillent également plus de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) que les autres communes rurales : environ 14 % des MSP se situent dans des communes de la classe 4, qui rassemblent 6 % de la population. Inversement, les deux classes les plus défavorisées (classes 1 et 2) ne sont pas attractives pour les MSP : seules 3 % d'entre elles se situent dans les classes 1 ou 2, alors que ces communes représentent 5 % de la population. Or, nous savons que ces maisons de santé sont particulièrement attractives pour les jeunes médecins généralistes [9].

S'agissant des besoins de soins de la population et de la dynamique de l'offre médicale, il existe également en France métropolitaine une opposition entre, d'une part, les littoraux et le Grand Ouest et, d'autre part, les zones rurales du Nord et du centre de la France. Les communes des classes 2, 3 et 5, présentant les besoins de soins les plus élevés et la plus forte perte d'accessibilité aux médecins généralistes, sont le plus souvent situées dans le nord de la France qui apparaît donc moins attractif, avec de nombreux logements vacants, une baisse du nombre d'habitants ou encore un faible solde migratoire. Au contraire, les communes de la classe 7, situées sur les côtes atlantique et méditerranéenne, et celles de la classe 6, situées dans des zones périurbaines attractives, parviennent à maintenir une offre satisfaisante de médecins généralistes. Elles présentent en outre des caractéristiques opposées : forte attractivité avec des taux d'évolution de la population et un solde migratoire élevés, faible part de logements vacants, etc.

* * *

Ce travail propose une classification multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours en France, à l'échelle communale. Cette approche permet de ne pas se limiter au champ des médecins généralistes et d'élargir à d'autres praticiens, soulignant par la même, la complémentarité des professions. Elle favorise ainsi une approche intégrée des soins, davantage centrée sur le parcours des patients.

Dans ce cadre, diverses configurations ont été mises en évidence, qui permettent d'observer plus finement les zones moins bien desservies : ainsi, certains espaces peuvent être similaires en termes d'accessibilité aux méde-

cins généralistes, mais différer en ce qui concerne l'accès aux autres professionnels de santé, leur évolution démographique ou les besoins de la population. La typologie conforte le constat dressé par le zonage conventionnel des médecins généralistes (Annexe électronique 4³), les classes 1 et 2, les plus mal dotées, comptant respectivement 64 % et 76 % de leurs communes classées en zones d'intervention prioritaire⁴, mais elle l'enrichit grâce aux configurations mises en évidence. Les différentes configurations communales reflètent donc une variété importante de zones à faible accessibilité des soins, le plus souvent appelées « déserts médicaux ». Ce constat peut inspirer les pouvoirs publics, tant au niveau national que local, afin de s'interroger, d'une part, sur la définition des zones sous-denses en professionnels de santé et, d'autre part, compléter ou adapter les mesures existantes pour lutter contre les « déserts médicaux », en tenant compte des particularités locales.

Ainsi, les réponses à apporter dans les classes rurales (faiblement attractives, à la population plus âgée et plus éloignée des pôles de services et d'emploi) ne peuvent être les mêmes qu'ailleurs. On sait, par exemple, que les maisons de santé sont attractives pour les jeunes médecins généralistes dans les marges rurales, mais que cela ne suffit pas à réduire les déséquilibres entre territoires [9]. D'autres réponses doivent être apportées pour assurer la continuité des soins dans ces zones (médicobus, consultations délocalisées, déploiement de docteurs juniors...) à une échelle territoriale cohérente. A l'inverse, dans certaines zones sous-dotées et disposant d'un bon niveau de professionnels de santé autres que les médecins généralistes, les organisations de soins pluriprofessionnelles et coordonnées doivent continuer à être encouragées, compte tenu des gains d'efficacité générés pour les médecins.

Ce travail réactualise une première typologie qui avait été établie avec un millésime de données datant de 2019. Il pose ainsi, de manière plus large, la question de la durabilité du diagnostic territorial réalisé. Deux problèmes existent. Le premier est structurel : les données disponibles une année donnée documentent souvent la situation des années précédentes, créant un décalage temporel avec la situation actuelle. Le second est conjoncturel : l'offre médicale diminue en moyenne dans tous les territoires mais dans certains, regroupant peu de médecins, cette baisse est très forte d'une année sur l'autre. Ces

³ Part de communes appartenant aux zones d'intervention prioritaire et aux zones d'action complémentaire selon le zonage conventionnel des médecins généralistes par classes : voir « Pour en savoir plus » p. 8.

⁴ Et respectivement 94 % et 97 % de leurs communes classées en zones d'intervention prioritaire ou en zones d'action complémentaire.

éléments peuvent conduire à une « obsolescence » du diagnostic pouvant être assez rapide dans certains territoires.

Face à ce constat, nous avons intégré des indicateurs d'évolution de l'accessibilité aux médecins généralistes dans la typologie précédente [2]. Cette approche semble efficace puisque l'on observe une stabilité relativement bonne des grandes structures spatiales entre les deux typologies avec une opposition entre, d'une part, les littoraux, le Grand Ouest et les grands pôles urbains ainsi que leurs couronnes, plutôt mieux dotés et, d'autre part, les zones rurales du centre de la France, moins bien dotées. De plus, les territoires qui se caractérisaient en 2019 par une évolution défavorable de l'offre médicale se trouvent effectivement dans une situation moins favorable en 2023.

Même si la reconfiguration des classes ne nous permet pas de comparer les deux typologies plus en détail, les trois premières classes de la présente typologie concernent 8 % de la population et 35 % des communes, et mettent en évidence les territoires où les difficultés d'accessibilité aux soins de premier recours sont exacerbées. Pour autant, ces difficultés ne se limitent pas à ces territoires, comme le montrent certains indicateurs des classes 4 (moindre accessibilité aux services intermédiaires et aux urgences), 5 (dynamique de l'offre négative) et 6 (moindre accessibilité aux médecins généralistes et aux professionnels de santé de proximité). Ainsi, la politique publique d'aide à l'installation des médecins généralistes a défini des zonages d'aides qui concernent 9 communes sur 10 dans

les classes 1 à 6 (Annexe électronique 4⁵), mais aussi la moitié des communes de la classe 7, pour laquelle l'accessibilité aux soins de premier recours est meilleure. Affiner régulièrement ce diagnostic pourrait sans doute concourir à ajuster les aides aux difficultés des territoires.

Enfin, la typologie proposée utilise des indicateurs d'accessibilité éprouvés, mais d'autres indicateurs pourraient être intégrés s'il s'avère possible de les mesurer sur l'ensemble du territoire national (par exemple, le pourcentage de patients sans médecin traitant). On peut également questionner l'impact de nouvelles pratiques comme les téléconsultations, par essence non localisées, qui interrogent la façon de mesurer l'accessibilité aux soins. Enfin, le périmètre de l'offre de premier recours considéré ici est à réexaminer afin de prendre en compte les évolutions du système de santé vers un renforcement de l'intégration des soins, la coopération pluriprofessionnelle et le développement de rôles avancés de certaines professions de santé (auxiliaires médicaux, pharmaciens, sage-femmes...). Ces pistes pourraient nourrir de futurs travaux de recherche visant à améliorer les outils de mesure de l'accessibilité aux soins de premier recours, afin de disposer de diagnostics renouvelés, au plus près de la réalité du terrain. ♦

⁵ Part de communes appartenant aux zones d'intervention prioritaires et aux zones d'actions complémentaires selon le zonage conventionnel des médecins généralistes par classes : voir « Pour en savoir plus ».

Pour en savoir plus

- 1 Bonal M., Padilla C., Chevillard G., Lucas-Gabrielli V. (2024). "A French Classification to Describe Medical Deserts: A Multi-professional Approach Based on the First Contact with the Healthcare System". *International Journal of Health Geographics*, Vol 23, n° 5.
- 2 Bonal M., Padilla C., Chevillard G., Lucas-Gabrielli V. (2025). « Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses ». *Irdes, Document de travail*, n° 93.
- 3 OMS (2021). WHO Guideline on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas: A Summary, May 6.
- 4 Legendre B. (2021). « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux ». *Études et résultats*, Drees, n° 1206.
- 5 Anguis M., Bergeat M., Pisarik J., et al. (2021). « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?

Constat et projections démographiques ». *Les Dossiers de la Drees*, 76, Drees.

- 6 Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D. (2012). « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité ». *Insee Première*, n° 1418, octobre.
- 7 Talandier M., Jousseau V. (2013). « Les équipements du quotidien en France : un facteur d'attractivité résidentielle et de développement pour les territoires ? » *Norois Environnement, aménagement, société*, 226.
- 8 Fererol M.-E. (2010). Les petites villes des espaces périphériques interstitiels : comparaison entre le sud Massif central (France) et la Castille / Haute-Estrémadure. [Internet] Thèse de doctorat, Clermont-Ferrand.
- 9 Chevillard G., Mousquès J. (2020). « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 247.

Annexes électroniques : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/308-accessibilite-des-patients-aux-soins-de-premier-recours-en-france-annexe.pdf>

Institut de recherche
et documentation
en économie de la santé

21-23, rue des Ardennes
75019 Paris

www.irdes.fr

Contact : publications@irdes.fr

Directeur de la publication :
Denis Raynaud

Éditrice :
Anna Marek

Relecteurs :

Aurélie Pierre et Julien Mousquès

Maquette : Franck-Séverin
Clérembault et Aude Sirvain

Mise en pages : Franck-Séverin
Clérembault, Damien Le Torrec

Diffusion :

Rouguiyatou Ndoye

Imprimeur :

Imprimerie Addax (Monteuil, France)

Dépôt légal : mai 2026

ISSN : 1283-4769

e-ISSN : 2498-0803



Accéder à tous les QES