

Études & Résultats

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



FÉVRIER
2020
NUMÉRO
1144

En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population

En raison d'un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. Les inégalités s'accroissent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus.

Cette moindre accessibilité s'explique principalement par la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des *numerus clausus* appliqués au cours de ces dernières décennies. Les stratégies visant la libération de temps médical utile (nouvelles organisations territoriales, protocoles de coopérations interprofessionnelles, recours au numérique, etc.) peuvent constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle.

Mesurée à l'échelle du territoire de vie-santé, la part de la population française vivant en zone sous-dotée en médecins généralistes (ou « sous-dense ») est faible, mais elle passe, en quatre ans, de 3,8 % à 5,7 %. La baisse de l'accessibilité est plus marquée dans le centre de la France. De nouveaux territoires sont concernés par la sous-densité, notamment du centre de la France vers le nord-ouest.

Les territoires les mieux dotés en médecins généralistes sont aussi les plus attractifs, tant du point de vue de la croissance démographique que des équipements (sportifs, culturels, commerciaux et scolaires). L'accessibilité aux médecins généralistes s'inscrit ainsi dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire.

Blandine Legendre (DREES)

En 2018, les Français ont accès, en moyenne, à 3,93 consultations par an par habitant (C/an/hab) chez un médecin généraliste, libéral ou salarié d'un centre de santé, exerçant dans une commune à moins de 20 minutes en voiture de leur lieu de résidence. Ce nombre de consultations par an et par habitant, appelé indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1], permet de rendre compte de l'accessibilité de la population aux médecins généralistes.

Mesuré au niveau communal, l'APL moyen aux médecins généralistes se dégrade de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2015, les Français pouvaient en effet se rendre en moyenne à 4,06 consultations par an (tableau 1). L'accessibilité se réduit sur l'ensemble du territoire, mais de manière plus prononcée dans les communes les moins bien dotées en médecins généralistes. L'accessibilité des 10 % de la population les mieux lotis baisse en effet deux fois moins que celle des 10 % les moins bien lotis. Les inégalités territoriales se creusent ainsi par le bas : si, en 2015, les 10 % les mieux dotés avaient accès à 2,17 fois plus de consultations que les 10 % les moins bien dotés (rapport interdécile), en 2018, ils ont accès à 2,24 fois plus de consultations.

La baisse d'accessibilité est d'abord liée à une démographie médicale peu dynamique

La dégradation de l'APL s'explique par l'effet cumulatif d'une baisse du nombre total de consultations proposées par les médecins (effet de l'offre) et de besoins de soins croissants (effet de la demande). La décennie 2010 est marquée par le départ à la retraite des générations de médecins issues des *numerus clausus* élevés des années 1970-1980. Les médecins actuellement en milieu de carrière sont moins nombreux, sous l'effet des *numerus clausus* particulièrement faibles des années 1990. Si le nombre total de médecins, salariés et libéraux, toutes spécialités confondues, est toujours en augmentation (pour atteindre 226 000 en 2018, dont 45 % de généralistes [Anguis *et al.*, 2018]), les effectifs de médecins généralistes, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital, ont stagné entre 2015 et 2018¹ et ceux des médecins généralistes libéraux pris en compte dans le calcul de l'APL ont diminué de 2,1 % entre 2015 et 2018 (où ils s'élèvent à 55 600). La diminution du nombre de ces médecins s'est traduite par une diminution du nombre total de consultations effectuées. Les stratégies visant la



TABLEAU 1

APL national aux médecins généralistes entre 2015 et 2018, selon l'âge des professionnels pris en compte (en consultations par an et par habitant)

	2015	2016	2017	2018	Évolution 2015-2018
APL aux médecins généralistes, sans borne d'âge	4,06	4,04	3,97	3,93	-3,3 %
Rapport interdécile	2,17	2,18	2,20	2,24	+0,07
APL aux médecins généralistes de 65 ans ou moins	3,75	3,69	3,60	3,52	-6,1 %
Rapport interdécile	2,20	2,22	2,28	2,33	+0,13

Notes • Les APL nationaux sont calculés comme la moyenne des APL communales, pondérés par la population standardisée de chaque commune. Par construction des poids de standardisation, l'APL national est égal au ratio du nombre total de consultations comptabilisées dans l'année sur la population totale. Les APL 2015 et 2016 diffèrent légèrement de ceux publiés précédemment, en raison de changements méthodologiques. Ils ont été recalculés pour permettre de présenter une série longue et de faire des comparaisons dans le temps, à méthodologie constante.

Lecture • En 2018, les Français ont en moyenne accès à 3,93 consultations par an chez un médecin généraliste, ce qui représente une baisse de 3,3 % par rapport à 2015. Les 10 % de la population ayant l'APL le plus élevé ont une accessibilité 2,24 fois supérieure aux 10 % les moins bien dotés. Ce ratio a progressé de 0,07 point par rapport à 2015.

Champ • Médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé. France entière (hors Mayotte).

Sources • SNIRAM 2015-2018 (CNAM); distancier Metric 2015-2019, populations municipales 2013-2016 (Insee); calculs DREES.

libération de temps médical utile (nouvelles organisations territoriales, protocoles de coopérations interprofessionnelles, recours au numérique, etc.) peuvent constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle (Chaput *et al.*, 2020a, 2020b et 2020c).

En parallèle, les besoins de soins de la population française ont augmenté, du fait d'une croissance démographique de 1,2 % durant la même période 2015-2018 (hors Mayotte)².

Au niveau national, l'effet de l'offre est plus marqué que l'effet de la demande. À même



1. Source : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>

2. Au niveau national, l'évolution de l'APL, par construction, neutralise les effets du vieillissement de la population. En revanche, il tient compte de la différence de structure par âge de la population entre les territoires, pour une année donnée.



ENCADRÉ 1

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge.

L'APL est un indicateur paramétrable (mode de prise en compte de l'activité des médecins, estimation des besoins de soins et profil de la décroissance de l'accessibilité avec la distance). Les paramètres utilisés par la DREES sont issus des choix opérés par un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'offre de soins en 2016 et 2017. Ce groupe de travail a réuni de nombreux acteurs (la Caisse nationale de l'Assurance maladie, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, les Agences régionales de santé et la DREES), avec pour but la refonte du zonage médecin, qui définit les zones éligibles aux différentes aides de l'État et de l'Assurance maladie à destination des médecins pour les inciter à s'installer dans certains territoires. Le paramétrage retenu a été consigné dans l'arrêté du 13 novembre 2017. La méthode de calcul de l'indicateur a légèrement évolué en 2017 (révision des prestations prises en compte, calcul de l'activité par professionnel de santé plutôt que par cabinet et modification des bornes d'activité des médecins exerçant en centre de santé). Un travail de rétopolation a donc été effectué pour les APL 2015 et 2016, ce qui permet d'étudier l'évolution de l'indicateur au cours du temps, à méthodologie constante. Il en résulte un léger décalage par rapport aux chiffres publiés précédemment (Anguis *et al.*, 2018).

Pour le calcul de l'APL, ne sont pris en compte que les médecins généralistes exerçant hors hôpital, c'est-à-dire à titre libéral ou comme salariés d'un centre de santé. L'activité de chaque médecin, géolocalisé à la commune, est exprimée en nombre de consultations et visites effectuées sur l'ensemble de l'année considérée, à partir de données réelles de l'Assurance maladie. Des bornes sont appliquées pour ne comptabiliser que l'activité durable et soutenable. L'accessibilité d'un médecin est postulée décroissante avec la distance : les habitants de sa commune d'exercice et des communes situées à moins de 10 minutes en voiture ont potentiellement accès à l'ensemble des consultations ou visites qu'il propose ; les habitants des communes situées entre 10 et 15 minutes n'ont accès qu'à deux tiers de cette activité ; ceux des communes situées entre 15 et 20 minutes n'ont accès qu'à un tiers ; ceux qui habitent à plus de 20 minutes en voiture n'ont pas du tout accès aux consultations de ce professionnel.

La demande de soins est calculée à partir de la population des communes environnantes, standardisée par tranche d'âge, selon les consommations de soins de médecine générale observées dans les bases de l'Assurance maladie. Ainsi, l'indicateur d'APL au niveau communal se lit comme une densité par habitant « standardisé ». Au niveau national, la moyenne des indicateurs d'APL communaux, pondérée par les populations standardisées, correspond à la densité par habitant. L'avantage de la standardisation est de permettre de comparer entre eux des territoires qui n'ont pas la même structure par âge de la population (en niveau comme en évolution), et dont les besoins de soins peuvent par conséquent différer à nombre d'habitants identique. Cependant, ce mode de calcul ne permet pas de capter l'effet *global* du vieillissement de la population sur l'évolution de l'accessibilité aux soins, car il renormalise chaque année la somme des populations standardisées à la population totale.

Pour en savoir plus et disposer de l'intégralité du paramétrage : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/carto-apl/>

niveau de population, l'APL aurait diminué de 2,2 % entre 2015 et 2018 sous le seul effet de la baisse du nombre total de consultations effectuées par les médecins. Inversement, si le nombre de médecins et leur niveau d'activité étaient restés les mêmes entre 2015 et 2018, l'APL n'aurait chuté que de 1,2 % sous le seul effet de la croissance de la population.

La baisse de l'APL communal est plus marquée lorsque l'on ne prend en compte que les professionnels de moins de 65 ans (-6,1 % entre 2015 et 2018), le nombre de ces praticiens ayant diminué de 5,3 % au cours de cette période. Le prolongement des carrières des praticiens les plus âgés, par le biais du cumul emploi-retraite par exemple, permet, en effet, de limiter la détérioration de l'accessibilité.

Une part faible mais croissante de la population vit en zone sous-dense

Pour mesurer la sous-densité médicale, l'unité géographique d'analyse et la borne d'accessibilité en deçà de laquelle un territoire est considéré comme sous-dense doivent être définies au préalable (*encadré 2*). Selon la définition retenue pour cette étude, la population en France vivant dans un territoire de vie-santé sous-dense, soit ayant accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant, est passée de 2,5 millions à 3,8 millions de personnes [*carte 1*].

À l'échelle régionale, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe sont les régions les plus touchées par la sous-densité médicale, suivies en métropole par l'Île-de-France et le Centre Val-de-Loire (*tableau 2*). La situation est particulièrement dégradée en Guyane, dont la part de population vivant en zone sous-dense en 2018 s'élève à 44,2 % (soit environ 120 000 personnes). Cela s'explique essentiellement par une très forte croissance démographique (+10,3 %) (*tableau complémentaire A*)³.

Les régions Île-de-France et Centre Val-de-Loire comptabilisaient déjà, relativement à leur population, deux à trois fois plus d'habitants en zone sous-dense par rapport à l'ensemble de la France en 2015. Cet écart se maintient en 2018 avec, respectivement, 14,6 % et 12,3 % de personnes vivant en zone sous-dense (contre 5,7 % au niveau national). Cela concerne environ

ENCADRÉ 2

La sous-densité médicale se mesure à l'échelle du territoire de vie-santé

Le « territoire de vie-santé » est un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé¹. Ce découpage s'affranchit des délimitations administratives : des communes appartenant à des régions ou à des départements différents peuvent ainsi appartenir à un même territoire de vie-santé. Le territoire de vie-santé est l'unité géographique de référence utilisée dans les politiques incitatives à l'installation en zone sous-dense (par exemple, pour le zonage médecin).

L'indicateur retenu pour calculer l'accessibilité aux médecins généralistes au niveau du territoire de vie santé est la moyenne des APL aux médecins généralistes des communes qui le constituent, pondérée par la population standardisée par la consommation de soins de médecine générale par tranche d'âge.

Un territoire de vie santé est considéré comme zone sous-dense si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant. Toutes les communes de ce territoire de vie-santé sont alors considérées comme sous-denses². C'est également la borne qui a été choisie dans le zonage médecin pour cibler les territoires les plus fragiles, mais sur une autre variante de l'APL, qui exclut du champ les médecins de plus de 65 ans. Le choix de cette borne d'âge a davantage de sens en termes de politiques publiques, afin d'anticiper les départs à la retraite des praticiens les plus âgés.

1. Une seule exception concerne les arrondissements de Paris, de Lyon et de Marseille, qui constituent des territoires de vie-santé à part entière.

2. Calculée directement à l'échelle de la commune, la part de population vivant dans une commune dont l'APL aux médecins généralistes est inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant passe de 8,6 % à 11,1 % entre 2015 et 2018 (soit de 5,7 à 7,4 millions de personnes).

1,8 million de personnes en Île-de-France et 318 000 personnes en Centre Val-de-Loire. Le nombre de médecins généralistes a diminué respectivement de 4,2 % et de 5,8 % dans ces régions, alors que la croissance démographique y est positive (+1,3 % et +0,3 % entre 2015 et 2018).

La Normandie, dont seulement 1,5 % de la population vivait en zone sous-dense en 2015, en compte désormais 5,3 % (175 000 personnes), un niveau à présent proche de la moyenne nationale. Cela s'explique essentiellement par une baisse de 4,2 % du nombre de médecins entre 2015 et 2018, tandis que la population est à peu près stable durant cette période.

Les régions Bretagne, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont aussi confrontées à une baisse importante de l'accessibilité, mais l'augmentation de la population en zone sous-dense n'est pas marquée, car l'accessibilité se maintient à des niveaux relativement élevés. La région la mieux dotée en médecins généralistes est La Réunion, dont la population en zone sous-dense est nulle, malgré une légère dégradation de l'accessibilité (-1,7 %) entre 2015 et 2018.

La situation s'améliore légèrement en Martinique et en Guadeloupe, seules

régions où la part de population résidant en zone sous-dense recule sensiblement durant la période. Le nombre de médecins généralistes installés en Martinique a progressé de 6,5 % entre 2015 et 2018 et est resté stable en Guadeloupe, tandis que la croissance démographique a été négative dans chacune de ces régions (respectivement -2,4 % et -2,0 %).

La sous-densité médicale s'étend à partir de zones déjà sous-denses

Six types de territoire de vie-santé peuvent être identifiés selon l'évolution de leur accessibilité à la médecine générale entre 2015 et 2018 (*carte 2*). Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 C/an/hab et il est considéré comme bien doté si son APL excède 4 C/an/hab⁴.

Sur les 2 823 territoires de vie-santé français (hors Mayotte), environ la moitié sont des « zones demeurant moyennement dotées » (*tableau complémentaire B*)⁵. Leur accessibilité se détériore toutefois (-3,9 % en moyenne entre ces deux dates, pour

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

4. La borne supérieure de 4 C/an/hab définit les territoires suffisamment dotés pour ne plus être éligibles aux aides de l'État ou de l'Assurance maladie dans le zonage médecin (toutefois, l'APL utilisé dans le zonage exclut les professionnels âgés de plus de 65 ans).

5. Toutes les différences commentées sont significatives au seuil de 5 %.

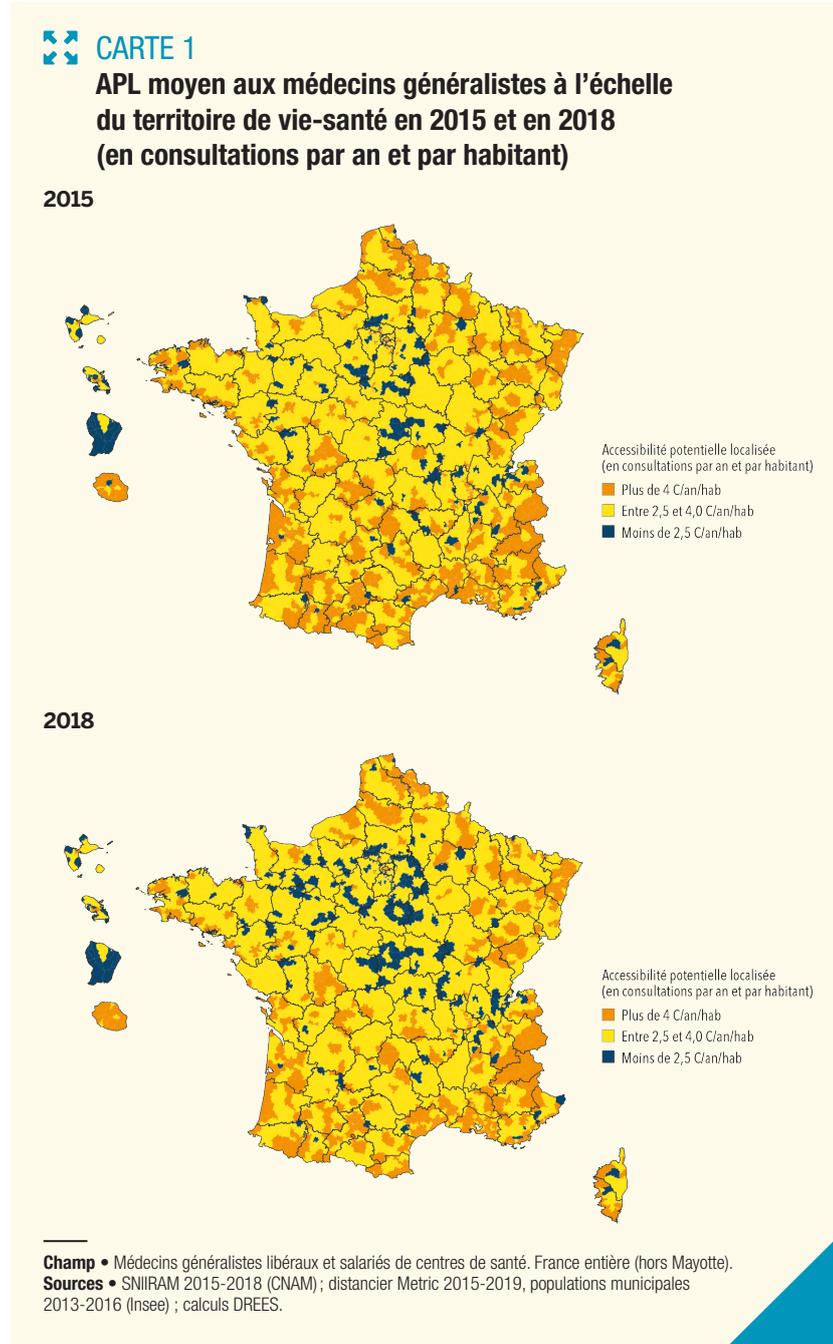
atteindre 3,2 C/an/hab au niveau agrégé en 2018) en raison d'une baisse moyenne du nombre de médecins de 1,5 % combinée à une croissance démographique moyenne de 1,0 %.

909 « zones demeurant bien dotées » ont un APL aux médecins généralistes supérieur à 4 C/an/hab, en 2015 comme en 2018 (et en moyenne, 4,9 C/an/hab à cette dernière date). Une grande partie de ces territoires de vie-santé se situent le long de la façade atlantique, du pourtour méditerranéen et de la frontière italienne, ainsi que dans le nord-est de la France. Le nombre de médecins y progresse en moyenne de 1,5 % entre 2015 et 2018, ce qui compense en partie la démographie dynamique de ces territoires (+1,7 % en moyenne). En définitive, l'APL diminue dans ces territoires, mais avec une ampleur moindre (-1,9 % en moyenne) que la moyenne nationale.

76 « zones devenues mieux dotées » voient leur accessibilité s'améliorer sensiblement (50 passent de moyennement dotées à bien dotées, 25 passent de sous-dotées à moyennement dotées et une passe de sous-dotée à bien dotée). Ceci s'explique par l'installation de nouveaux médecins (+17,1 % entre 2015 et 2018). L'APL progresse ainsi de 14,8 % pour atteindre 3,7 C/an/hab. Ces zones se situent en majorité à côté de territoires bien dotés, même s'il s'en trouve également quelques-unes dans le centre de la France.

150 « zones demeurant sous-dotées » avaient un APL inférieur à 2,5 C/an/hab en 2015 et sont toujours sous-dotées en 2018 (2,0 C/an/hab en moyenne en 2018). Ces territoires sont concentrés dans le centre de la France et dans certains départements d'outre-mer. L'accessibilité y baisse de 2,3 %, encore une fois à cause d'une inadéquation croissante entre l'offre et la demande de soins, avec une baisse moyenne du nombre de médecins dans ces territoires de 2,8 % et d'une croissance démographique de 1,3 %.

Dans le reste des territoires de vie-santé, l'accessibilité se dégrade de façon plus accentuée, les faisant basculer dans une catégorie d'accessibilité moins favorable. Un premier groupe rassemble 189 « zones basculant de bien dotées à moyennement dotées ». Il s'agit souvent



de territoires contigus à ceux qui sont bien dotés. Leur accessibilité se dégrade en moyenne de 10,8 % entre 2015 et 2018 pour descendre sous le seuil de 4 C/an/hab, mais demeure à un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale. Cette baisse de l'APL résulte surtout de la raréfaction de l'offre, le nombre de médecins y diminuant en moyenne de 9,7 %.

Enfin, dans les 94 « zones devenues sous-dotées », l'APL diminue sous le seuil des 2,5 C/an/hab entre 2015 et 2018. Ces territoires sont notamment situés

en Normandie et dans le centre de la France, dans les espaces frontaliers ou proches de territoires déjà sous-denses. La dégradation de l'APL y est plus forte en moyenne que dans les autres territoires (-17,1 % durant la période, pour atteindre 2,4 C/an/hab en moyenne en 2018), en raison d'une baisse particulièrement importante du nombre de médecins (-17,4 %). Par rapport aux autres types de territoire, l'effet de l'accroissement des besoins de soins est pourtant plus modéré, avec une croissance démographique de 0,4 % seulement.

TABLEAU 2

Évolution par région de la part de population en zone sous-dense et de l'APL moyen entre 2015 et 2018

Région	Part de population en zone sous-dense en 2018 (en %)	Population vivant dans une zone sous-dense en 2018 (en milliers)	Augmentation entre 2015 et 2018 de la part de population en zone sous-dense (en points de pourcentage)	APL régional aux médecins généralistes en 2018 ¹ (en C/an/hab)	Évolution entre 2015 et 2018 de l'APL régional aux médecins généralistes (en %)
Guyane française	44,2	119,2	0,6	2,4	-2,8
Martinique	18,0	67,9	-4,4	3,3	5,8
Guadeloupe	17,5	69,0	-1,8	3,2	2,8
Île-de-France	14,6	1 767,1	5,9	3,3	-3,8
Centre Val-de-Loire	12,3	318,1	3,3	3,2	-5,9
Bourgogne Franche-Comté	6,3	176,3	3,0	3,7	-2,9
Auvergne-Rhône-Alpes	5,5	437,1	0,4	3,8	-2,2
Normandie	5,3	175,4	3,7	3,7	-5,4
Pays de la Loire	4,6	173,7	2,7	3,7	-3,7
Corse	4,6	15,1	0,1	3,9	-0,6
Hauts-de-France	2,9	174,7	1,3	4,4	-4,1
Nouvelle-Aquitaine	1,4	84,5	0,6	4,3	-2,8
Grand-Est	1,0	54,7	0,5	4,2	-2,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,9	46,9	-0,1	4,5	-3,0
Bretagne	0,9	30,7	0,5	4,0	-3,2
Occitanie	0,7	42,9	-0,2	4,3	-4,3
La Réunion	0,0	0,0	-0,9	5,4	-1,7
France entière	5,7	3 753,3	1,9	3,9	-3,3

1. Les APL régionaux sont calculés comme la moyenne des APL communaux, pondérés par la population standardisée de chaque commune.

Lecture • 14,6 % de la population d'Île-de-France (soit environ 1,8 million de personnes) vivent dans une zone sous-dense en 2018. Cela représente une progression de 5,9 points de pourcentage par rapport à 2015 (où 8,7 % de la population régionale étaient concernés).

Champ • Médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé. France entière (hors Mayotte).

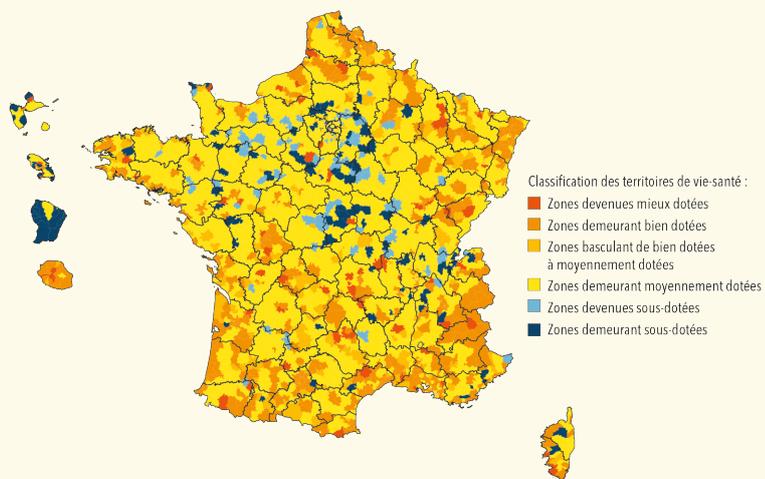
Sources • SNIIRAM 2015-2018 (CNAM) ; distancier Metric 2015-2019, populations municipales 2013-2016 (Insee) ; calculs DREES.

Une corrélation forte entre sous-densité médicale, faible attractivité et moindres équipements

Les zones demeurant sous-denses et, dans une moindre mesure, celles qui le sont devenues, sont moins bien équipées que la moyenne, que ce soit en matière de commerces, d'établissements scolaires ou d'équipements sportifs et culturels. La densité de médecins spécialistes autres que généralistes et de professionnels paramédicaux y est également plus faible qu'ailleurs. Les zones devenues sous-denses se distinguent par une croissance démographique particulièrement faible, ce qui peut s'interpréter comme une faible attractivité de ces territoires. Ce sont également des zones peu densément peuplées. La température y est en moyenne plus basse que dans les autres zones. Les zones qui étaient déjà sous-dotées en 2015 sont plus souvent isolées géographiquement et relativement moins nombreuses à comporter une gare

CARTE 2

Classification des territoires de vie-santé selon l'évolution de leur accessibilité entre 2015 et 2018



Lecture • Le territoire de vie-santé de Perros-Guirec (22) était bien doté en 2015, puis devient moyennement doté en 2018. Il appartient donc à la catégorie de territoires basculant de bien doté à moyennement doté entre 2015 et 2018.

Champ • Médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé. France entière (hors Mayotte).

Sources • SNIIRAM 2015-2018 (CNAM) ; distancier Metric 2015-2019, populations municipales 2013-2016 (Insee) ; calculs DREES.

ferroviaire sur leur territoire. Les habitants des communes rurales, qu'elles soient hors aire urbaine ou périphériques d'un grand pôle, sont surreprésentés dans ces deux types de zone, mais on y trouve aussi certaines banlieues parisiennes. À l'inverse, les territoires demeurant bien dotés sont aussi les mieux équipés, notamment en commerces, en écoles ou en théâtres et cinémas. Les densités de médecins spécialistes autres que généralistes et de professionnels paramédicaux y sont particulièrement élevées. Il s'agit de territoires très densément peuplés : plus de la moitié de leurs habitants résident dans un grand pôle urbain. De plus, ils sont attractifs, avec une forte croissance démographique. La température annuelle y est

plus élevée que la moyenne, et le taux de résidences secondaires, significativement plus important que dans les territoires moyennement dotés ou sous-dotés. Les territoires basculant de bien dotés à moyennement dotés ont un taux d'équipement proche de la moyenne. Cela les distingue des territoires demeurant bien dotés, qui comptent significativement plus de commerces, d'écoles et de professionnels de santé autres que médecins généralistes. Ces territoires ne sont pas surreprésentés dans un type de commune plutôt que dans un autre. Globalement, leurs caractéristiques sont proches des territoires qui étaient déjà moyennement dotés, mais leur densité de spécialistes autres que généralistes et de profession-

nels paramédicaux est significativement plus élevée que dans ces derniers. Les zones devenues mieux dotées ont des caractéristiques proches des zones sous-dotées, en ce qu'elles sont très peu denses, comptent peu d'équipements et ont une faible croissance démographique. Elles ont néanmoins réussi à attirer de nouveaux médecins entre 2015 et 2018. Il s'agit de territoires touristiques, relativement nombreux à proposer une activité de plein air (domaine skiable, baignade aménagée, port de plaisance ou circuit de randonnée) et comportant un taux relativement important de résidences secondaires. La densité de professionnels paramédicaux y est également supérieure à celle des territoires moyennement ou sous-dotés. ■

➔ POUR EN SAVOIR PLUS

- Des données complémentaires portant sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes sont disponibles sur [data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr](http://data.drees.sante.gouv.fr), rubrique Professions de santé et du social, sous-rubrique Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).
- **Anguis, M., et al.** (2018, mai). 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1061.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, *Études et Résultats*, 1138.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1139.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.
- **Chaput, H., Lefebvre-Hoang, I., Vergier, N.** (2017, mai). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.
- **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Territoire de vie-santé - zonage médecin.
- **Reynard, R., Vialette, P.** (2014, octobre). Une approche de la qualité de vie dans les territoires. Insee, *Insee Première*, 1519.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Fabrice Lengart

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : NDBD

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
P U B L I Q U E

La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.