

Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux

Entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %), alors que celle des médecins se dégrade (-6 %). Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions.

Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes, mais elles se conjuguent à une concentration forte autour des pôles urbains. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire. La répartition régionale des jeunes professionnels est globalement proche de celle des professionnels plus âgés.

Environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux.

Mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1], l'accessibilité moyenne aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes de moins de 65 ans s'améliore entre 2016 et 2019. Elle a augmenté de 9 % pour les deux premières professions et de 16 % pour la troisième. Ce constat reste vrai si l'on prend en compte l'effet du vieillissement global de la population, qui conduit, à population donnée, à une augmentation globale des besoins de soins¹. L'amélioration de l'APL est alors de 4 % pour les infirmiers, de 7 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 18 % pour les sages-femmes. En 2019, l'accessibilité aux infirmiers de moins de 65 ans s'élève ainsi en moyenne à 152 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte (tableau 1). Pour les masseurs-kinésithérapeutes, elle correspond à 105 ETP pour 100 000 habitants ; pour les sages-femmes, à 18 ETP pour 100 000 femmes. À l'inverse, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes de moins de 65 ans² a baissé de 6 % entre 2016 et 2019, passant de 3,7 à 3,5 consultations accessibles par an et par habitant en 2019. En tenant compte du vieillissement global de la population, la baisse de l'APL aux médecins généralistes est un peu plus marquée (-7 %).

...

1. L'évolution de l'APL moyen entre 2016 et 2019 ne tient pas compte du vieillissement global de la population entre ces deux dates, puisque la somme des populations standardisées est renormalisée chaque année pour correspondre à la population totale (encadré 1). Il est néanmoins possible de calculer un pseudo-APL moyen en 2019 qui tient compte de cet effet vieillissement en appliquant à la population de 2017 (utilisée pour le calcul de l'APL 2019) les pondérations par tranche d'âge utilisées pour standardiser les populations communales de 2014 (utilisées pour le calcul de l'APL 2016).

2. Les publications précédentes utilisaient en général l'APL aux médecins généralistes sans borne d'âge. Le choix est fait ici d'homogénéiser le champ des quatre professions (excepté la prise en compte des salariés des centres de santé, en plus des libéraux, pour les médecins généralistes et les infirmiers uniquement).

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 relatifs de soins de la population locale, sur la base 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 professionnels, estimation des besoins de soins et profil de la décroissance de l'accessibilité avec la distance). Les paramètres utilisés par la DREES sont issus d'une concertation avec plusieurs acteurs, liée à l'utilisation opérationnelle de l'indicateur. L'APL est en effet utilisé dans la méthodologie des zonages conventionnels visant à réguler la répartition des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes sur le territoire. Il est également utilisé dans le 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. Les acteurs ayant participé aux différentes concertations sont la Caisse nationale de l'Assurance maladie, l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie, la Direction générale de l'offre de soins, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, les agences régionales de santé, les syndicats représentatifs des professionnels et la DREES. Les paramètres retenus ont été consignés dans les arrêtés du 10 janvier 2020 pour les infirmiers, du 24 septembre 2018 pour les masseurs-kinésithérapeutes, du 17 octobre 2019 pour les sages-femmes et du 13 novembre 2017 pour les médecins.

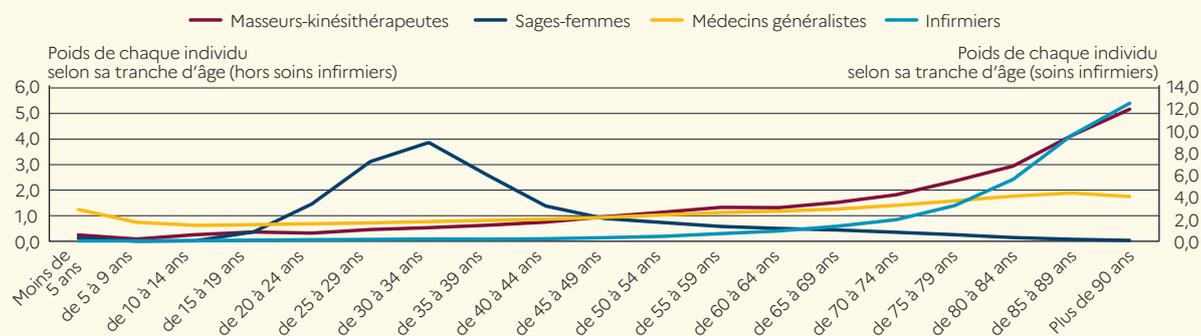
Pour le calcul de l'APL, ne sont pris en compte que les professionnels exerçant hors hôpital, c'est-à-dire à titre libéral et, uniquement pour les médecins généralistes et les infirmiers, comme salariés d'un centre de santé. L'activité de chaque professionnel, géolocalisé à la commune, est estimée à partir de données réelles de l'Assurance maladie. Pour les professions hors médecins, elle est exprimée en équivalents temps plein (ETP), à partir des honoraires remboursables facturés sur l'ensemble de l'année considérée pour les infirmiers et les sages-femmes, et à partir de la quantité d'actes réalisés dans l'année pour les masseurs-kinésithérapeutes.

La conversion en ETP est effectuée de la manière suivante : par convention, on fixe la valeur d'un ETP au niveau de l'activité médiane (de sorte à ce qu'il y ait autant de professionnels ayant une activité inférieure que de professionnels ayant une activité supérieure) ; puis l'ETP de chaque professionnel est calculé en rapportant son activité à cette valeur médiane. Pour les médecins, l'activité est simplement exprimée en nombre de consultations et visites effectuées dans l'année. Des bornes sont appliquées pour ne comptabiliser que l'activité durable et soutenable : si l'activité du professionnel est inférieure à une borne minimale, alors aucune activité n'est comptabilisée pour ce professionnel ; si l'activité du professionnel est supérieure à un maximum, alors elle est comptabilisée à hauteur de ce maximum (*tableau complémentaire B*). L'activité des professionnels âgés de 65 ans ou plus n'est pas prise en compte, puisqu'elle n'est pas considérée comme durable au sens où ces professionnels sont susceptibles de faire valoir leurs droits à retraite du jour au lendemain.

L'accessibilité d'un professionnel est postulée décroissante avec la distance : les habitants de sa commune d'exercice et des communes proches ont potentiellement accès à l'ensemble des consultations ou visites qu'il propose ; les habitants des communes situées un peu plus loin n'ont accès qu'à une fraction de cette activité ; ceux qui habitent à plus d'une certaine distance n'ont pas du tout accès aux consultations de ce professionnel. La distance est appréhendée à travers le temps de trajet en voiture de commune à commune, tel qu'estimé dans le distancier METRIC de l'Insee.

La demande de soins est calculée à partir de la population des communes environnantes, standardisée par tranche d'âge, selon les consommations de soins observées dans les bases de l'Assurance maladie (*graphique*). 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, 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 totale². Pour en savoir plus, consulter la datavisualisation : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

Pondération de la population par la consommation de soins par tranche d'âge en 2019



Lecture - En 2019, un habitant de moins de 5 ans compte pour 0,2 habitant standardisé des soins de masso-kinésithérapie, tandis qu'un habitant de plus de 90 ans compte pour 5,2 habitants standardisés.

Champ - Consommations de soins de médecin généraliste, de sage-femme, d'infirmier ou de masseur-kinésithérapeute (hors hôpital) par les assurés de l'Assurance maladie.

Sources - CNAM, SNIIRAM (EGBS), 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; calculs DREES.

1. Pour les APL de 2015 à 2018, les poids utilisés dans la standardisation de la population ont été calculés à partir des consommations de soins moyennes par tranche d'âge observées l'année considérée. Ils sont très stables d'une année à l'autre car calculés à un niveau très agrégé. Pour l'APL 2019, la population standardisée a exceptionnellement été calculée à partir des poids issus des consommations de soins de 2018, sans actualisation avec la consommation de soins de 2019, faute de données disponibles.

2. Dans le cas de l'APL aux sages-femmes, seule la population féminine est prise en compte.

Les inégalités d'accessibilité aux sages-femmes se réduisent entre 2016 et 2019

Entre 2016 et 2019, l'amélioration de l'APL étant plus marquée dans les zones faiblement dotées que dans les zones bien dotées, les inégalités d'accessibilité aux sages-femmes se réduisent (tableau complémentaire A³). Alors que l'APL moyen des 10 % des habitants les mieux dotés était sept fois supérieur à celui des 10 % les moins bien lotis en 2016, il n'est plus que six fois plus élevé en 2019 (tableau 2). De fait, l'APL moyen des habitants les moins favorisés a augmenté davantage que celui des plus favorisés (+38 % contre +10 % entre 2016 et 2019).

Pour les infirmiers, l'amélioration de l'APL moyen est respectivement de 7 % pour les habitants les mieux dotés et de 10 % pour les moins bien lotis. Le rapport entre ces deux valeurs (rapport interdécile) se réduit donc légèrement entre 2016 et 2019 (-2 %), mais il se maintient autour d'une accessibilité sept fois meilleure chez les 10 % les plus favorisés que chez les 10 % les plus défavorisés.

À l'inverse, malgré une amélioration globale de l'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes, les inégalités territoriales se creusent pour cette profession entre 2016 et 2019. Contrairement à ce que l'on observe pour les sages-femmes et, dans une moindre mesure, pour les infirmiers, l'amélioration de l'APL aux masseurs-kinésithérapeutes est plus marquée dans les zones les mieux dotées. L'APL moyen des 10 % d'habitants les moins bien dotés n'augmente que de 4 % en quatre ans, tandis que celui des 10 % les mieux lotis s'accroît de 12 %. Alors que l'accessibilité de ces derniers était six fois supérieure à celle des moins bien dotés en 2016, elle est près de sept fois plus importante en 2019 (+8 %).

Enfin, entre 2016 et 2019, l'accessibilité aux médecins généralistes se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées (-10 %) que dans les communes les mieux dotées (-4 %), où elle est environ trois fois plus importante.

La répartition régionale des jeunes professionnels est proche de celle des plus âgés

La répartition des infirmiers est caractérisée par de fortes inégalités régionales (cartes). La population la moins bien dotée pour cette profession vit majoritairement en Pays de la Loire, Centre-Val de Loire et dans les départements limitrophes. La répartition

TABLEAU 1

Évolution de l'accessibilité géographique moyenne aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes entre 2016 et 2019

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019 (en %)
Infirmiers (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	139,7	144,6	148,3	151,9	9
Masseurs-kinésithérapeutes (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	96,3	99,7	102,7	105,2	9
Sages-femmes (en ETP pour 100 000 femmes standardisées)	15,2	16,0	16,8	17,6	16
Médecins généralistes (en consultations et visites par habitant standardisé)	3,7	3,6	3,5	3,5	-6

Note • Pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes, les chiffres diffèrent légèrement de ceux précédemment publiés dans l'Études et Résultats 1100, à la suite d'une refonte de la chaîne de production de l'APL.

Lecture • En 2019, l'accessibilité moyenne aux infirmiers de moins de 65 ans est de 151,9 pour 100 000 habitants. Elle a progressé de 9 % entre 2016 et 2019.

Champ • Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France entière, hors Mayotte.

Sources • CNAM, SNIIRAM 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

TABLEAU 2

Évolution de l'accessibilité moyenne des habitants les mieux dotés et les moins bien dotés en infirmiers, en masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes entre 2016 et 2019

	Accessibilité moyenne des 10 % les moins bien dotés			Accessibilité moyenne des 10 % les mieux dotés			Rapport entre l'accessibilité moyenne des mieux et des moins bien dotés		
	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)
Infirmiers (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	48,9	53,7	10	327,5	351,7	7	6,7	6,6	-2
Masseurs-kinésithérapeutes (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	31,5	32,9	4	193,3	217,2	12	6,1	6,6	8
Sages-femmes (en ETP pour 100 000 femmes standardisées)	4,0	5,6	38	29,0	32,0	10	7,2	5,8	-20
Médecins généralistes (en nombre de consultations ou visites par an par habitant standardisé)	1,8	1,6	-10	5,9	5,7	-4	3,2	3,5	7

Lecture • En 2019, l'accessibilité moyenne des 10 % d'habitants les moins bien dotés en infirmiers est égale à 53,7 ETP pour 100 000 habitants. Celle des 10 % les mieux dotés est égale à 351,7 ETP pour 100 000 habitants, soit sept fois plus que l'accessibilité moyenne du premier décile.

Champ • Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France entière, hors Mayotte.

Sources • CNAM, SNIIRAM 2016-2019 ; Insee, populations municipales 2014-2017 ; distancier METRIC 2016-2020 ; calculs DREES.

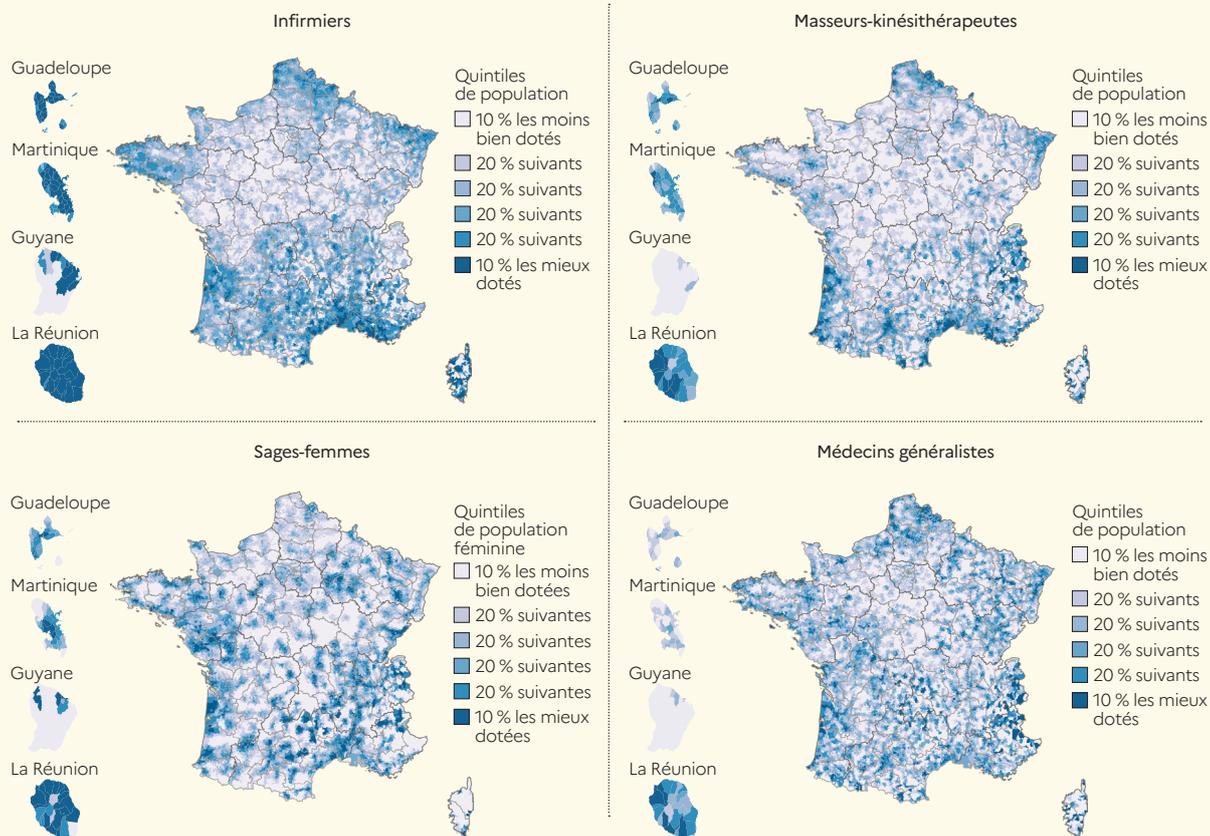
des masseurs-kinésithérapeutes est aussi marquée par des différences régionales importantes, mais les zones concentrant les habitants les mieux dotés sont plus

circonscrites – reflétant la concentration de ces professionnels dans les pôles urbains (Legendre, et al., 2019). La répartition des sages-femmes est très contrastée sur le

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

CARTES

Accessibilité aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes en 2019



Note • Les bornes utilisées correspondent à des déciles de population, regroupés deux par deux entre les extrêmes (premier et neuvième déciles). Ainsi, la teinte la plus claire permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les moins bien dotés ; la deuxième teinte la plus claire, où vivent les 20 % des habitants les moins bien dotés suivants, etc. La teinte la plus foncée permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les mieux dotés. Pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes, il s'agit de la population totale ; pour les sages-femmes, seule la population féminine a été prise en compte.

Champ • Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France entière, hors Mayotte.

Sources • CNAM, SNIIRAM, 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

ENCADRÉ 2

Définition des difficultés d'accès

Dans cette étude, est définie comme connaissant une difficulté majeure d'accès la population qui appartient aux 10 % des habitants les moins bien dotés pour une profession donnée¹. Ainsi, on considère que 10 % de la population connaît une difficulté d'accès aux infirmiers, comme 10 % aux masseurs-kinésithérapeutes, 10 % aux sages-femmes et 10 % aux médecins généralistes. Si la population la moins bien dotée en une profession donnée était la même que celle qui est la moins bien dotée dans les trois autres, la part de la population connaissant les quatre difficultés simultanément serait de 10 % ; 90 % de la population ne connaîtrait alors aucune difficulté. Inversement, si les difficultés d'accès aux professions considérées étaient réparties sur le territoire sans se chevaucher, 40 % de la population connaîtrait des difficultés d'accès, mais à une seule des quatre professions, 60 % de la population ne connaîtrait alors aucune difficulté.

Cette manière de mesurer les difficultés d'accès est différente de celle utilisée dans les publications précédentes (*Études*

et *Résultats* 1100 et 1144), qui recouraient à la définition de la sous-densité en vigueur dans le zonage conventionnel de chaque profession. Le but de ces zonages est d'homogénéiser la répartition géographique des professionnels exerçant en ville en incitant à l'installation en zone sous-dotée et, pour les professions hors médecins, en régulant l'installation en zone très dotée. Les bornes utilisées dans le cadre des zonages ont été concertées entre la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et les représentants des professions concernées : elles diffèrent donc d'une profession à l'autre. Pour cette étude, une définition homogène des difficultés d'accès a été privilégiée afin de les rendre comparables d'une profession à l'autre. Autre différence importante, pour les zonages, l'APL est agrégé à un niveau supra-communal avant application des bornes (territoires de vie-santé dans le cas des médecins généralistes et bassins de vie ou canton-ou-ville dans le cas des autres professions). Cela peut changer le statut de certaines communes en fonction de la situation des communes environnantes.

1. Les difficultés sont appréhendées de manière relative, en comparant le niveau de dotation de différentes fractions de la population, et non de manière absolue. En effet, définir la sous-densité par une borne absolue nécessiterait d'objectiver un niveau de besoins de soins par territoire, ce qui pose des problèmes méthodologiques importants et nécessite le recours à des conventions normatives fortes.

territoire, avec, d'un côté, d'importantes concentrations locales qui dépassent la logique de pôles urbains et, de l'autre, de grands espaces faiblement dotés. Enfin, les médecins généralistes sont les mieux répartis entre les régions, comparé aux autres professions. Néanmoins, comme les masseurs-kinésithérapeutes, ils sont concentrés localement autour des pôles urbains.

La répartition des jeunes professionnels est proche de celle de l'ensemble de la profession, dans les quatre cas. Cependant, quelques dynamiques sont discernables. Par exemple, la région Pays de la Loire apparaît relativement mieux dotée en jeunes médecins et infirmiers, alors qu'il s'agit d'une région où l'accessibilité à ces professions est globalement

faible. La Réunion, plutôt bien dotée en médecins généralistes, est relativement moins bien dotée en jeunes professionnels. L'accessibilité aux jeunes infirmiers y est par ailleurs moins bonne encore que quand l'on considère l'ensemble de la profession. À l'inverse, la Martinique et la Guadeloupe sont mieux dotées en jeunes médecins qu'en médecins plus âgés.

ENCADRÉ 3

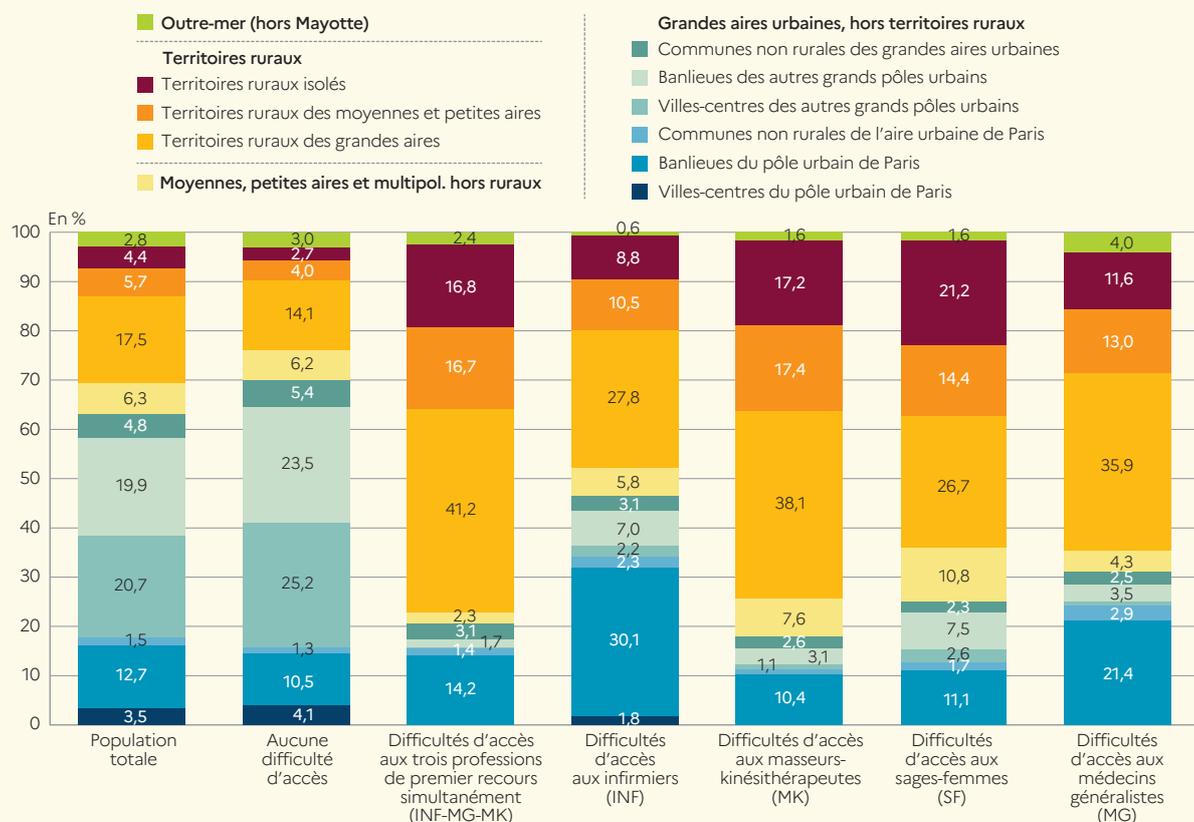
La définition du rural dans la typologie de communes de la DREES

La typologie de communes établie par la DREES en juillet 2020 (Missègue, 2020) combine deux approches du territoire, par l'intermédiaire de deux zonages de l'Insee : une approche morphologique avec la grille de densité de population et une approche fonctionnelle avec le zonage en aires urbaines, qui caractérise chaque commune par son lien à un pôle. Cette typologie, qui n'a pas vocation à se substituer à celle de l'Insee, permet d'appréhender le rural au-delà de la seule notion de densité de population : tandis que l'Insee définit le rural comme l'ensemble des communes peu et très peu denses, la

typologie de la DREES désigne comme rurales les communes peu denses ou très peu denses qui ne sont pas dans un pôle au sens du zonage en aires urbaines 2010 (prédécesseur du zonage en aires d'attraction des villes 2020). En outre, la catégorisation de la DREES identifie trois catégories de territoires ruraux selon qu'ils appartiennent à une grande aire urbaine, une moyenne ou une petite aire urbaine ou qu'ils sont isolés de l'influence d'un pôle. En comparaison avec la définition Insee, la typologie réalisée par la DREES sous-estime la taille de la population habitant dans des zones rurales.

GRAPHIQUE 1

Part de population concernée ou non par des difficultés d'accessibilité, selon le type de commune de résidence (en 2019)



Note • Typologie de communes établie par la DREES (Missègue, 2020) à partir des zonages en unités et aires urbaines et des grilles de densité de population de l'Insee.

Lecture • En 2019, 4,4 % de la population française vit dans des territoires ruraux isolés. C'est le cas de 2,7 % de la population ne connaissant aucune difficulté d'accessibilité, de 16,8 % de la population connaissant des difficultés d'accessibilité aux trois professions de premier recours et de 21,1 % de la population connaissant des difficultés d'accessibilité aux sages-femmes.

Champ • Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France entière, hors Mayotte.

Sources • CNAM, SNIIRAM 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

Les trois quarts des personnes cumulant des difficultés d'accessibilité vivent dans des territoires ruraux

En 2019, 80 % de la population n'appartient, pour aucune profession de premier recours (médecin généraliste, infirmier ou masseur-kinésithérapeute), aux 10 % les moins bien dotés (encadré 2). Les habitants des grandes aires urbaines (hors territoires ruraux) [encadré 3] sont surreprésentés parmi cette population : alors qu'ils comptent pour 63 % de la population totale, ils représentent 70 % des personnes n'ayant aucune difficulté majeure d'accessibilité aux professions considérées en 2019 (graphique 1). À l'inverse, les territoires ruraux sont sous-représentés parmi cette population (21 % contre 28 % en population générale). Parmi les 20 % connaissant au moins une difficulté, la moitié cumule une mauvaise accessibilité à plusieurs professions. Environ 3 % de la population,

soit 1,7 million de personnes, sont très défavorisées en termes d'accessibilité aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes simultanément. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux, dont 17 % dans des territoires isolés, 17 % au sein des petites ou moyennes aires urbaines et 41 % au sein des grandes aires urbaines. Un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine (hors territoires ruraux), dont les deux tiers dans l'une des banlieues du pôle urbain de Paris (soit 14 % de la population cumulant les difficultés d'accessibilité, une proportion proche de la fraction de la population totale vivant dans ces territoires). Les grandes aires urbaines hors Paris sont particulièrement épargnées par les difficultés d'accessibilité : seulement 5 % de la population défavorisée en termes d'accessibilité aux trois professions vit dans ces territoires, contre 54 % de la population totale.

La répartition par type de commune de la population connaissant des difficultés d'accès à l'une ou l'autre profession varie légèrement selon les professions. Presque autant de personnes connaissant des difficultés d'accessibilité aux infirmiers vivent dans des territoires ruraux (47 %) et dans une grande aire urbaine (45 %, dont 30 % dans une banlieue parisienne). Les populations mal dotées en médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes ou sages-femmes résident, elles, majoritairement dans des territoires ruraux (respectivement 61 %, 73 % et 62 %). Une fraction relativement importante de la population ayant une mauvaise accessibilité aux sages-femmes vit dans une aire urbaine de petite taille ou de taille moyenne (11 %, contre 6 % de la population totale). Les départements d'outre-mer (hors Mayotte) sont surreprésentés parmi la population mal dotée en médecins généralistes, tandis qu'ils sont relativement bien dotés dans les trois autres professions. ■

→ POUR EN SAVOIR PLUS

- **Insee** (2021, avril). Accessibilité aux professionnels de santé. Dans *La France et ses territoires – Édition 2021*. Paris : France, Insee, coll. *Insee Références*, fiche 4.4.
- **Legendre, B., Aberki, C., Chaput, H.** (2019, janvier). Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. DREES, *Études et Résultats*, 1100.
- **Legendre, B.** (2020, février). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. DREES, *Études et Résultats*, 1144.
- **Missègue, N.** (2020, juillet). Appréhender les territoires ruraux dans les études de la DREES. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 63.

LA DREES SUR INTERNET

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

Retrouvez toutes nos données sur data.drees.solidarites-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 Lenglard

Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

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
PUBLIQUE

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