

# Inégalités territoriales d'offre de soins en France : comprendre et agir

---

Guillaume Chevillard

Maître de recherche, géographe

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

[chevillard@irdes.fr](mailto:chevillard@irdes.fr)

# Les inégalités territoriales

- Répartition territoriale de l'offre de soins joue sur l'accessibilité et le recours :
  - Disponibilité de l'offre
  - Distance à l'offre
- Les inégalités territoriales concernent de nombreux professionnels de santé
- Égalité territoriale = égalité de recours ?
  - L'organisation des soins influence l'accessibilité (e.g. l'exercice coordonné)
- **Comment diminuer les inégalités territoriales et améliorer l'accès aux médecins généralistes ?**

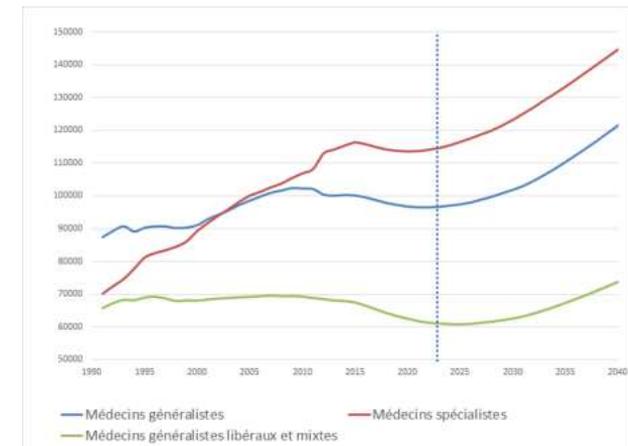
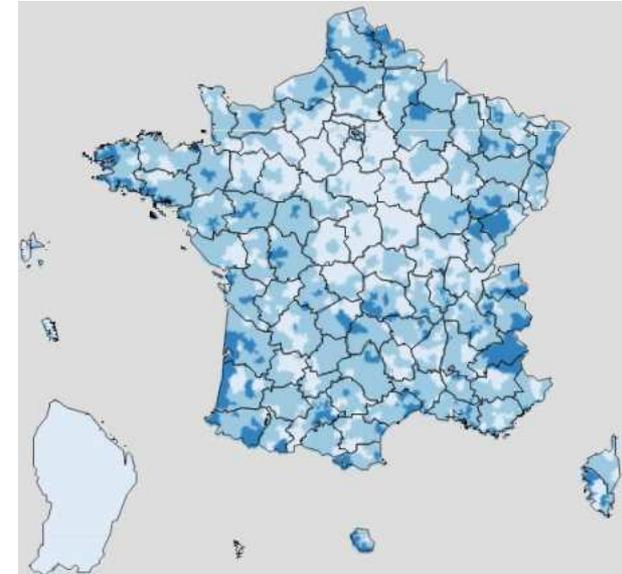
# Sommaire

- Les inégalités territoriales d'offre de soins de premier recours
- Une des causes aux inégalités : les déterminants de l'installation des médecins généralistes (MG)
- Les réponses apportées pour améliorer l'accessibilité aux MG
  - Panorama des réponses à l'étranger et en France
  - Les maisons de santé
  - Les médecins diplômés à l'étranger
  - Comment faire plus de soins avec moins de médecins?
- Faut-il réguler l'installation des MG ?
  - L'exemple du zonage infirmier
- Quelles autres pistes pour demain?

# Les inégalités territoriales d'offre de soins

# Les inégalités territoriales – médecins généralistes

- « Déserts médicaux » = Territoires où les populations ont des difficultés d'accès au médecin généraliste (traitant)
  - Entre régions, départements
  - Entre types d'espaces : espaces ruraux et périurbain déficitaires (Bonal et al., 2024; Drees, 2023; Chevillard et al., 2018)
- 30 % de la population habite dans une zone définie comme prioritaire par ARS (ZIP)
- La désertification médicale a débuté à la fin des années 2000 va se poursuivre jusqu'en 2030 (*numerus clausus*)
  - Plus forte dans espaces ruraux



# L'écart d'accessibilité au généraliste s'accroît entre les zones urbaines et rurales entre 2016 et 2022

	Accessibilité potentielle au MG en 2016	Accessibilité potentielle au MG en 2022
<b>Zones urbaines</b>	4,6	4,2
<b>Zones intermédiaires</b>	4,3	3,9
<b>Zones rurales</b>	3,8	3,2

*Lecture : l'APL donne un nombre de consultations potentielles au MG/ hab/an*

# Les inégalités territoriales – autres médecins spécialistes

- Répartition des médecins de différentes spécialités selon le type d'espace (BPE, 2020)
  - Une inadéquation entre la répartition des médecins et celle de la population
    - Moins forte pour les généralistes
    - Très marquée pour les autres spécialistes

	Population (%)	MG	Ophtalmos	Radios	Cardios	Psychiatres	ORL	Dermatos	Gynecos	Pediatres	Gastros
Grand centre urbain	38,05	42,7	57,2	55,0	62,2	75,5	60,7	68,0	69,9	72,1	62,4
Rural	32,67	25,6	6,9	5,2	5,0	4,5	4,1	4,0	3,2	2,9	2,8
Ville intermédiaire	29,28	31,7	35,9	39,9	32,9	20,0	35,3	28,0	26,9	25,0	34,8

- Travaux en cours : indicateur d'accessibilité potentielle localisée à 3 spécialistes : ophtalmologistes, cardiologues, dermatologues (Irdes, 2025)

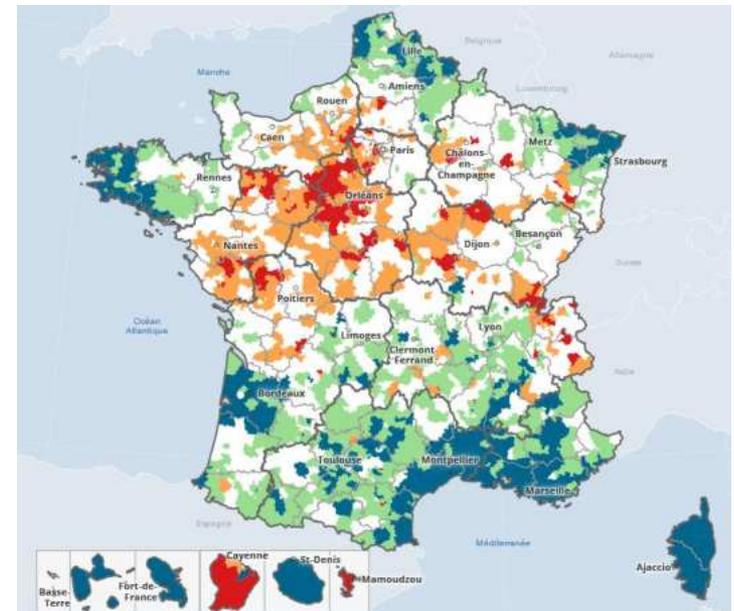
# Les inégalités territoriales – pharmacies, infirmières, kinés, SF

## ■ L'exception des pharmacies : une répartition spatiale encadrée

- 1 pharmacie pour 2 500 habitants
- Un assouplissement récent (autorisation dans certains espaces < 2 000 habitants)

## ■ Une installation régulée pour les infirmières, kinés, sage-femmes, dentistes

- Une limitation des installations dans les zones les mieux dotées
- Des aides à l'installation dans les zones les moins dotées



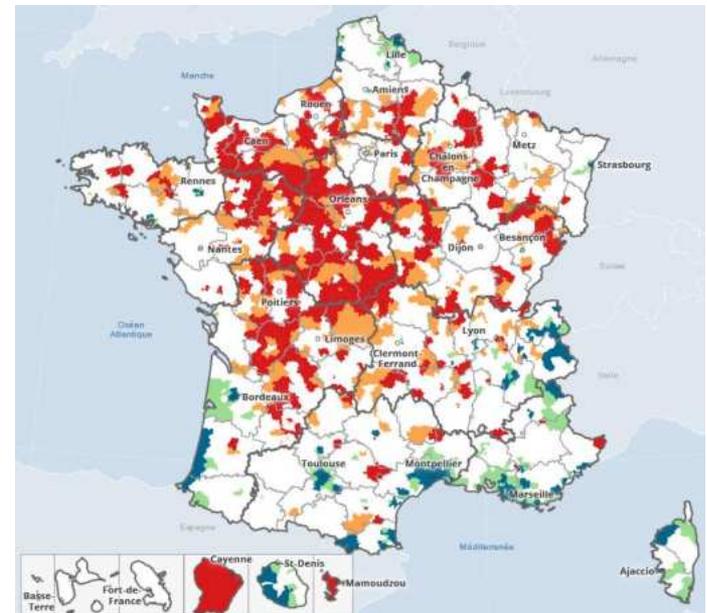
# Les inégalités territoriales – pharmacies, infirmières, kinés, SF

## ■ L'exception des pharmacies : une répartition spatiale encadrée

- 1 pharmacie pour 2 500 habitants
- Un assouplissement récent (autorisation dans certains espaces < 2 000 habitants)

## ■ Une installation régulée pour les infirmières, kinés, sage-femmes, dentistes

- Une limitation des installations dans les zones les mieux dotées
- Des aides à l'installation dans les zones les moins dotées



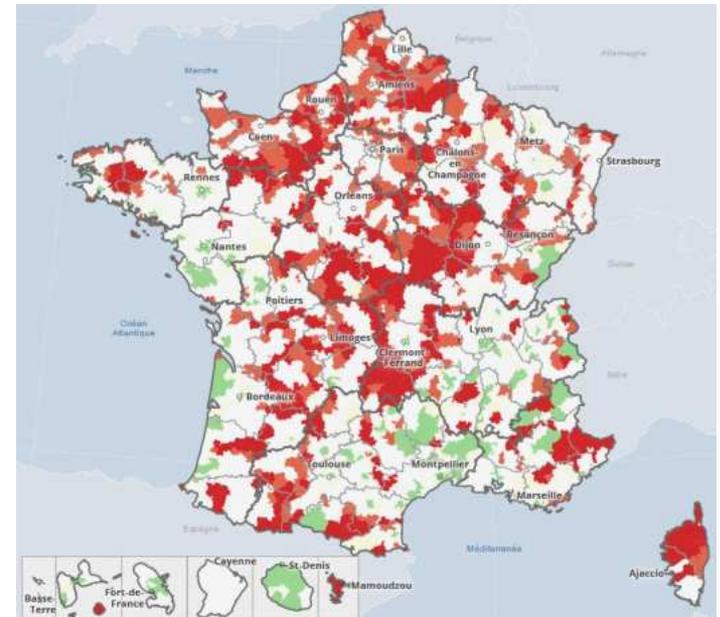
# Les inégalités territoriales – pharmacies, infirmières, kinés, SF

## ■ L'exception des pharmacies : une répartition spatiale encadrée

- 1 pharmacie pour 2 500 habitants
- Un assouplissement récent (autorisation dans certains espaces < 2 000 habitants)

## ■ Une installation régulée pour les infirmières, kinés, sage-femmes, dentistes

- Une limitation des installations dans les zones les mieux dotées
- Des aides à l'installation dans les zones les moins dotées



# Les inégalités territoriales – soins de premier recours

## Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premiers recours (Bonal et al., 2024)

- Prise en compte de l'accessibilité au MG et ses « partenaires du quotidien » (infirmières, kinés, pharmacies, labos) et aux urgences
- Une variété de déserts : 7 types de communes dans des configurations et dynamiques différentes

# Les inégalités territoriales – soins de premier recours

## Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premiers recours (Bonal et al., 2024)

- Prise en compte de l'accessibilité au MG et ses « partenaires du quotidien » (infirmières, kinés, pharmacies, labos) et aux urgences
- Une variété de déserts : 7 types de communes dans des configurations et dynamiques différentes

Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus.

Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins.

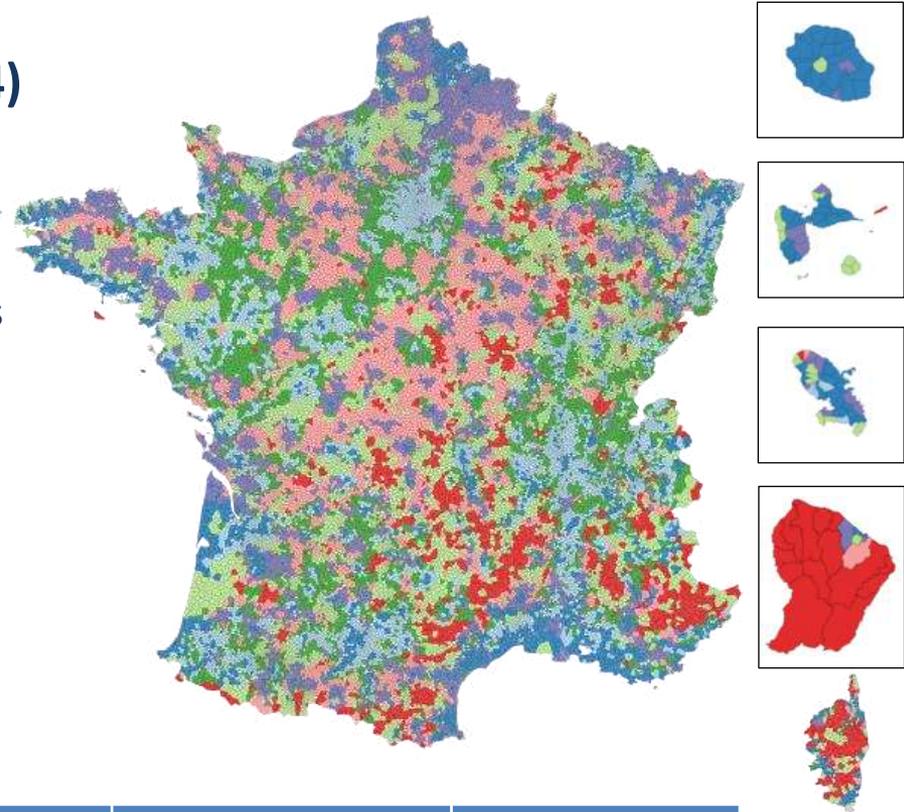
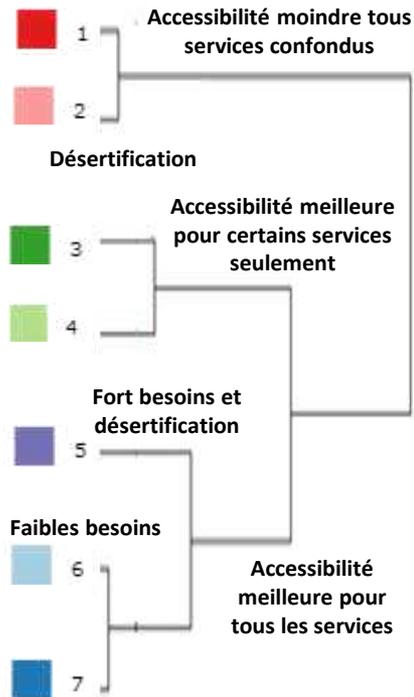
Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économiques et sanitaires.

Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins.

Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins.

Communes favorisées sur le plan socio-économiques avec une bonne accessibilité aux soins.

Communes avec la meilleure accessibilité tout type de soins confondus.



Classe	Part de la population	Part des communes
1	1 %	6 %
2	4 %	17 %
3	7 %	18 %
4	6 %	16 %
5	16 %	18 %
6	29 %	16 %
7	37 %	9 %

Quelles sont les origines des  
inégalités territoriales d'offre  
médicale en France?

# Les raisons de l'inégale répartition géographique des médecins

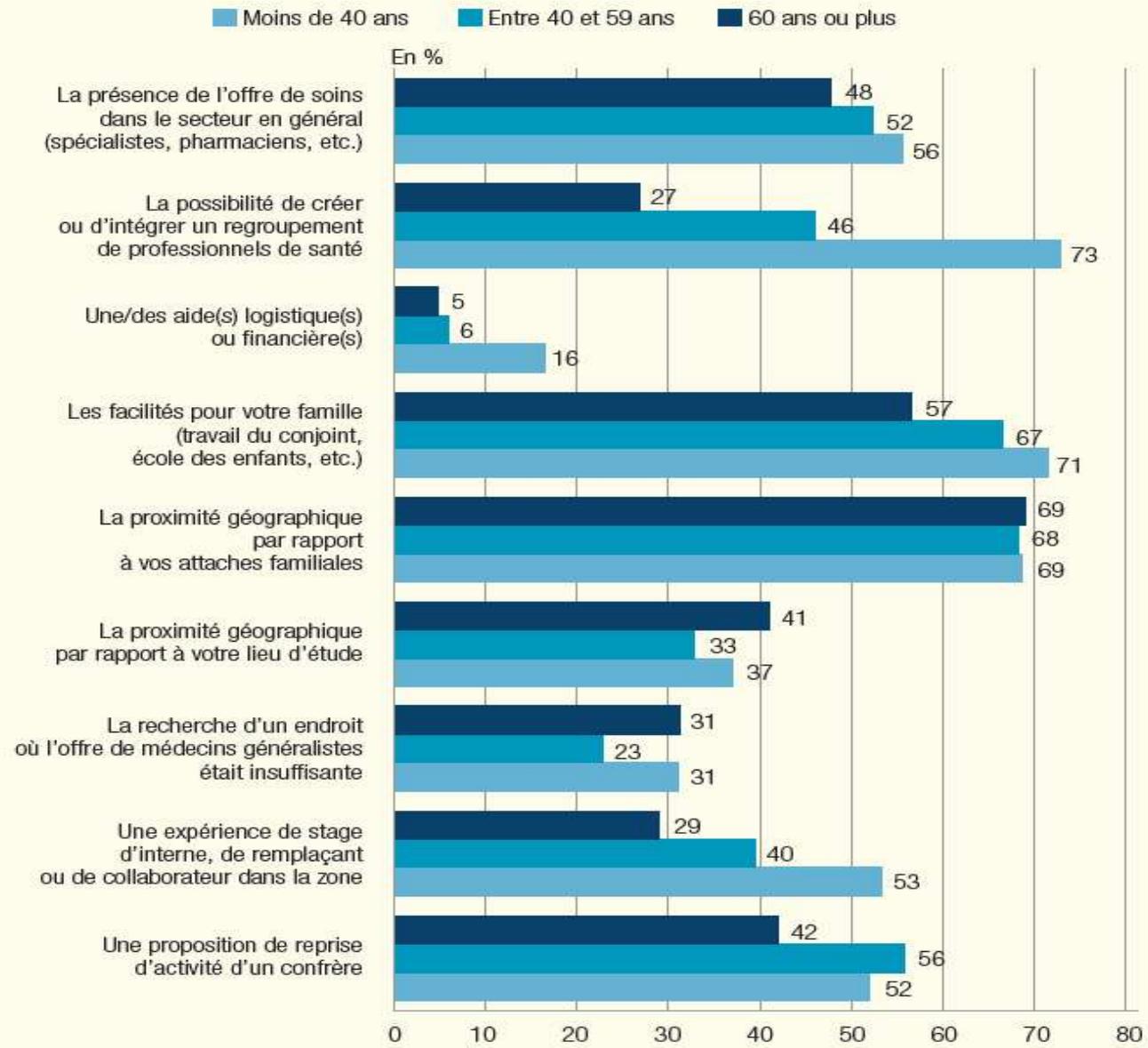
- Liberté d'installation
- Différences d'attractivité structurelles entre les territoires qui sont plus ou moins attractifs pour les médecins et les populations
  - Climat, aménités naturelles, bassins d'emploi, dynamisme économique
- Les facteurs individuels de l'installation des médecins sont alors déterminants sur la répartition géographique de l'offre médicale
- Les territoires faiblement attractifs sont souvent moins dotés en médecins et leur situation se dégrade plus vite

# Les déterminants de l'installation des médecins généraliste (Chaput el. 2020)

## Motivations du choix d'installation actuel selon l'âge du médecin

Panel 4 de la Drees/ORS PACA

N = 3 304 MG



# Les déterminants de l'installation des médecins généraliste (Silhol, 2024)

- Champs : MG ayant passé concours des ECN entre 2004 et 2007
- Source : Insee, panel des non-salariés
- Où sont-ils installés 12 ans plus tard?
  - Lien fort avec le lieu d'internat
    - ✓ 68 % des MGL exercent dans la zone dans laquelle ils ont effectué leur internat
  - Lien fort avec le lieu de naissance :
    - ✓ 46 % des MG exercent dans la zone dans laquelle ils sont nés
    - ✓ un tiers dans leur département de naissance
    - ✓ Moitié des MG exercent < 85 km lieu naissance

# Les déterminants de l'installation des médecins généraliste (Nedelec et al., 2023)

- Champs : MG actifs en Bretagne (N=400)
- Source : enquête
- Design : comparaison des MG urbains et ruraux
- Quels sont les facteurs associés à l'exercice en zone rurale ?
  - ⇒ avoir grandi en milieu rural, stage de 1er cycle MG en ZR, remplaçant dans une ZR, lieu de résidence à la fin de la formation postuniversitaire, conjoint élevé ou travaille en zone rurale.
  - ⇒ stage d'internat : non significatif (!)

# Les réponses apportées pour améliorer l'accessibilité aux médecins généralistes

# Expériences étrangères : comment attirer des médecins dans les zones sous dotées ?

- **Littérature abondante** (WHO, 2021; Asghari, 2020; Danish, 2019; Ono et al., 2014) :
  - Pas de recettes miracles
  - Importance de jouer sur plusieurs leviers, de grouper les interventions
  - Adapter les réponses aux contextes locaux
- **4 types de mesures :**
  - **Formation :**
    - long terme, le plus structurant
  - **Régulation :**
    - résultats mitigés selon niveau de régulation
  - **Incitations financières :**
    - au mieux effets de courts termes, plus efficace chez jeunes MG
  - **Soutien personnel et professionnel**

# Expériences étrangères : agir lors de la formation

- Principe : augmenter le nombre d'étudiants exerçant potentiellement plus tard en zones sous-dotées/rurales :
  - Avoir un recrutement ciblé : Prendre en compte l'origine géographique
    - Australie : quotas d'étudiants ruraux
  - Adapter les établissements de formation pour faire connaître l'exercice en zones rurale
    - Exposer les étudiants au contexte rural via des stages
    - internat ou facultés dans des zones rurales reculées (Norvège, Ontario)
- Quelle efficacité ?
  - Notable pour origine géographique et cursus ruraux (Asghary et al., 2020; Danish et al., 2019; McGrail, 2016; Straum & Shaw, 2010)
  - Politiques à lier : pas d'effet de l'exposition d'étudiants urbains aux zones rurales (Australie)
- Et en France ? **Levier de la formation largement sous exploité**

# France - Les réponses pour améliorer l'accessibilité aux MG

- Différents acteurs : l'Etat, l'Assurance maladie et les collectivités locales
- 3 types de réponses déployés depuis 2005 :
  - Augmenter les effectifs de médecins (donc de MG)
  - Attirer/maintenir les MG dans les zones sous-dotées
  - Augmenter le temps médical et réorganiser les services
- Débat politique sur d'autres solutions :
  - **Régulation de l'installation** dans les zones « mieux » dotées en MG comme pour les **IDE**, **MK**, sages-femmes (Maurey, 2013; Garrot, 2021, 2023, 2024; Rojouan, 2024)

# Les réponses pour améliorer l'accessibilité aux MG

- 1<sup>er</sup> type de réponse : augmenter les effectifs de médecins
  - Augmentation du nombre d'étudiants formés (*numerus clausus* puis *apertus*)
  - Recruter des médecins diplômés à l'étranger

# Les médecins diplômés à l'étranger

Chevillard, Guillaume, Véronique Lucas Gabrielli, et Julien Mousquès. « Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées ». *Questions d'économie de la santé Irdes*, n° 282 (octobre 2023)..

# Contexte

- Dans de nombreux pays, recruter des médecins permet de faire face à un double enjeu :
  - Le manque de médecins
  - Leur inégale répartition géographique
- En France, recours à des médecins diplômés à l'étranger (CNOM, 2024)
  - Hôpitaux
  - Spécialités déficitaires
  - Moindre importance pour médecins généralistes
- Est-ce un moyen supplémentaire pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les « déserts médicaux » ?
  - Travaux avec l'Ordre des médecins

## ■ Matériel

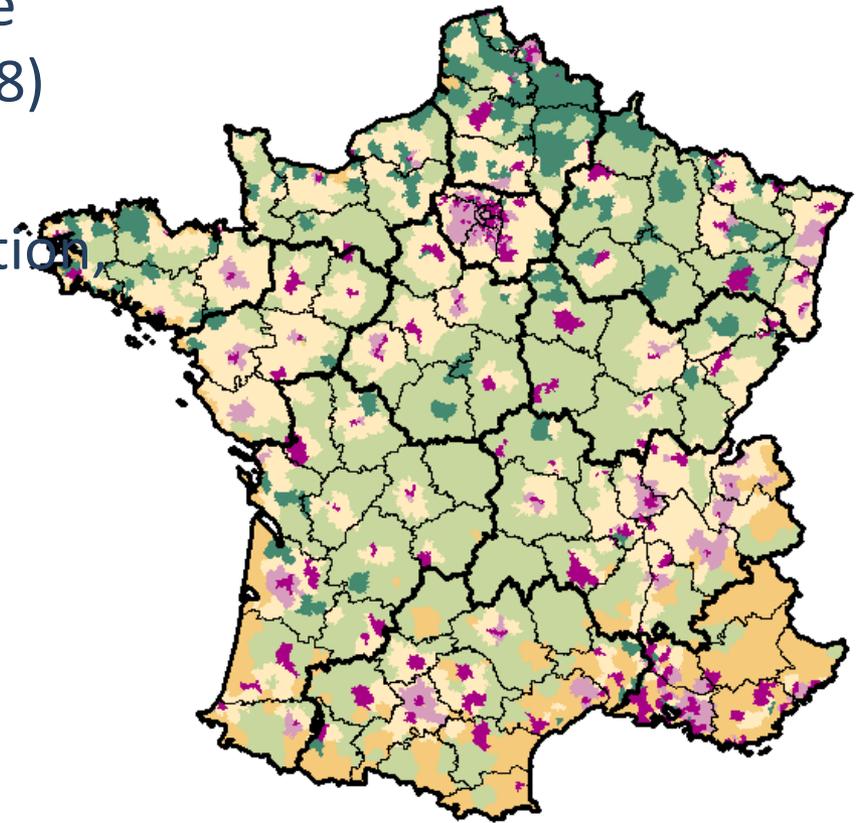
- Tableau de l'ordre des médecins
- Informations : âge, sexe, lieu de naissance, lieu de diplôme, lieu d'exercice, spécialité etc..
- Période 2007-2017

## ■ Méthode

- Analyse de la répartition spatiale des MG selon leur nationalité et lieux de diplômes (idem pour les MG primo-inscrits)
- Probabilité de s'installer dans une marge rurale
- Probabilité de s'installer et de rester 5 ans dans une marge rurale
- Modélisation de l'effet de l'installation des MG nés et diplômés à l'étranger

## ■ Méthode

- Cadre d'analyse : typologie socio-sanitaire des territoires de vie (Chevillard & Mousquès, 2018)
- 3 dimensions : offre de soins, caractéristiques de la population, attractivité des territoires



### Légende

#### Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

# Population d'étude : données CNOM 2007-2017

T1

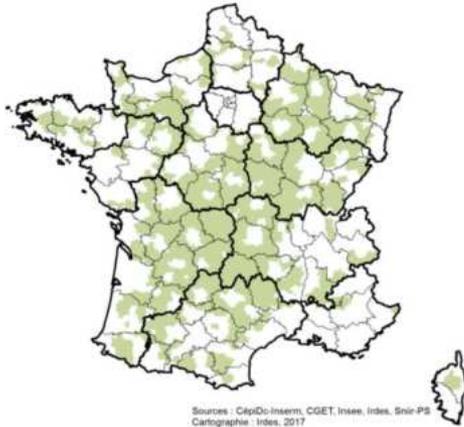
## Effectifs de médecins généralistes libéraux en activité régulière en 2017 et des primo-inscrits entre 2007 et 2017 selon leur nationalité et l'origine de leur diplôme

	Effectifs de médecins généralistes libéraux...					
	en 2007		en 2017		primo-inscrits entre 2007 et 2017	
<b>Nationalité et lieu d'obtention du diplôme</b>						
Nés et diplômés en France	49 337	84,5 %	45 182	84,1 %	4 254	78 %
Étrangers diplômés en France	8 120	14,0 %	6 628	12,3 %	328	6,0 %
Français diplômés à l'étranger	70	0,1 %	93	0,2 %	19	0,3 %
Nés et diplômés à l'étranger	845	1,4 %	1 808	3,4 %	856	15,7 %
<b>Total</b>	<b>58 372</b>		<b>53 711</b>		<b>5 457</b>	

Données : Cnom. Exploitation : Irdes.

[Télécharger les données](#)

# Répartition spatiale des MG libéraux selon leur lieu de diplôme

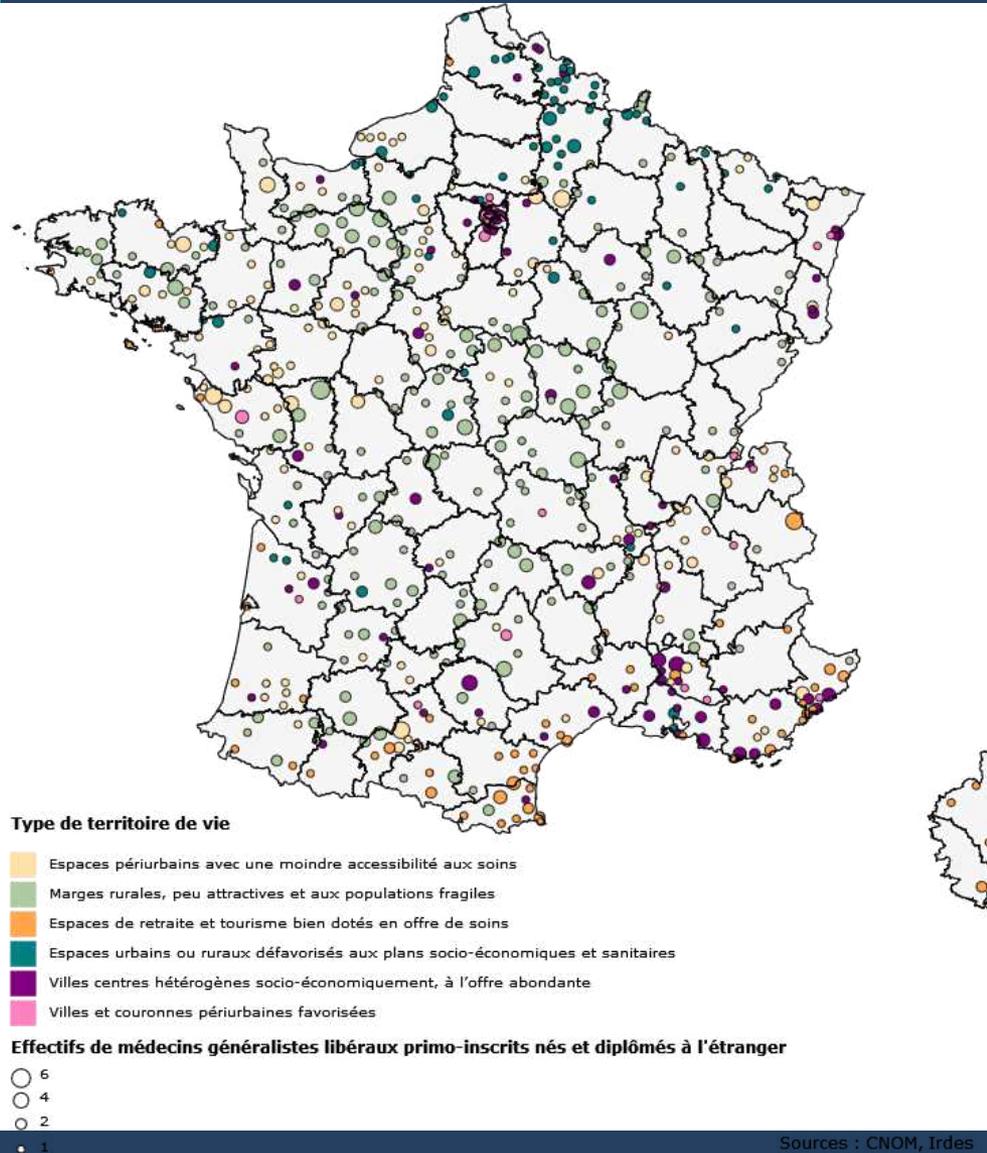


	Effectifs de médecins généralistes libéraux...								
	en 2017				primo-inscrits entre 2007 et 2017				
Type de territoire de vie	Total	Nés et diplômés en France	Étrangers diplômés en France	Nés et diplômés à l'étranger	Total	Nés et diplômés en France	Étrangers diplômés en France	Nés et diplômés à l'étranger	
	%	%	%	%	%	%	%	%	
Espaces périurbains sous-dotés	17,0	18,0	10,8	16,0	21,6	22,3	13,1	21,5	
Marges rurales	10,4	10,5	6,7	21,6	16,6	11,9	11,9	41,6	
Espaces de retraite et tourisme	9,0	9,1	9,1	8,9	9,1	9,1	7,9	9,5	
Espaces défavorisés	10,5	11,2	6,5	8,6	9,1	9,3	6,4	9,3	
Villes centres	32,9	31,8	41,3	30,1	27,2	29,2	38,4	13,1	
Espaces favorisés	17,5	16,9	22,6	12,0	14,4	16,2	18,9	3,6	
Départements d'outre-mer (Dom)	2,7	2,6	3,0	2,7	1,9	2,0	3,4	1,4	
France entière	%	100	100	100	100	100	100	100	
	n	53 618	45 182	6 628	1 808	5 438	4 254	328	856

Données : Cnom. Exploitation : Irdes.

[Télécharger les données](#)

# Les médecins primo-inscrits diplômés à l'étranger : répartition spatiale



# Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger

La population des MG diplômés à l'étranger diffère de ceux diplômés en France

- Davantage de femmes
- Une primo-inscription plus tardive (41 ans vs 31 ans)

Dans la décision d'installation, quel est le poids de l'âge, du sexe, de l'origine du diplôme toutes choses égales par ailleurs?

Un effet +++ du diplôme étranger sur la probabilité de s'installer en marges rurales ; effet sur la mobilité

**Effet marginaux des variables explicatives  
de la probabilité d'installation et/ou de maintien dans les marges rurales et les espaces périurbains**

	Marges rurales		Espaces périurbains sous-dotés	
	Probabilité d'installation (en points de pourcentage)	Probabilité d'installation et de maintien	Probabilité d'installation	Probabilité d'installation et de maintien
Femme	0,16 [0,13 – 0,18]	0,10 [0,08 - 0,12]	0,22 [0,19 – 0,24]	0,14 [0,12 – 0,16]
Homme	0,12 [0,10 – 0,14]	0,08 [0,07 - 0,10]	0,18 [0,16 – 0,21]	0,14 [0,12 – 0,16]
Diplômé(e) en France	0,11 [0,09 – 0,12]	0,08 [0,06 - 0,09]	0,19 [0,17 – 0,21]	0,13 [0,11 – 0,15]
Diplômé(e) à l'étranger	0,36 [0,29 – 0,43]	0,20 [0,15 – 0,26]	0,27 [0,22 – 0,34]	0,18 [0,13 – 0,24]
Moins de 35 ans	0,13 [0,11 – 0,15]	0,09 [0,08 – 0,11]	0,22 [0,20 – 0,25]	0,16 [0,14 – 0,18]
Entre 35 et 45 ans	0,15 [0,11 – 0,19]	0,08 [0,05 – 0,12]	0,15 [0,11 – 0,19]	0,09 [0,06 – 0,13]
Plus de 45 ans	0,17 [0,12 – 0,24]	0,10 [0,07 – 0,15]	0,13 [0,09 – 0,19]	0,09 [0,05 – 0,14]

**Lecture** : La probabilité d'installation d'une femme en marges rurales est de 16 % à âge et origine de diplôme égal (intervalle de confiance à 95 %).

**Données** : Cnom. **Exploitation** : Irdes.

# Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger

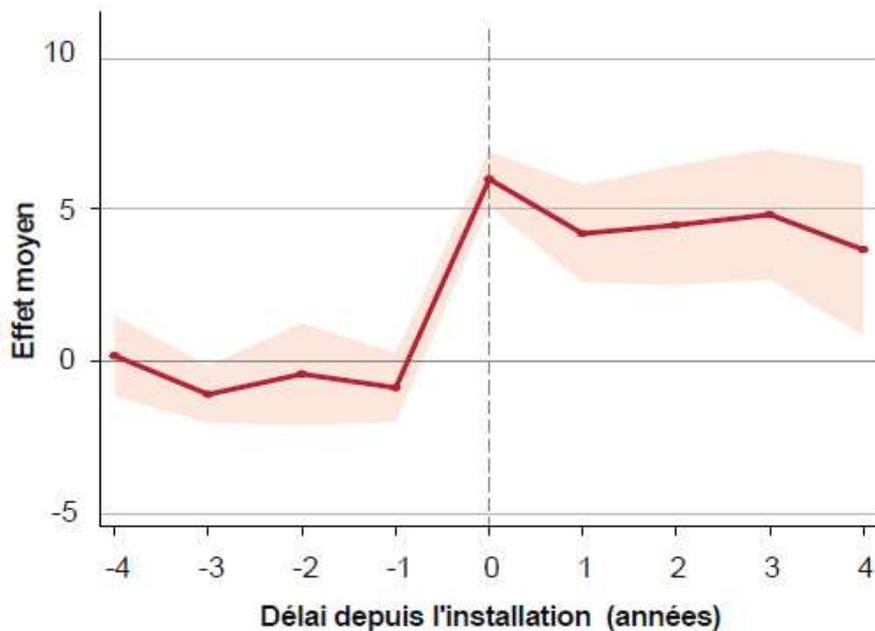
Quel est l'impact sur la densité médicale de l'arrivée de médecins nés et diplômés à l'étranger ?

# Impact de l'arrivée de médecins nés et diplômés à l'étranger dans les espaces sous dotés

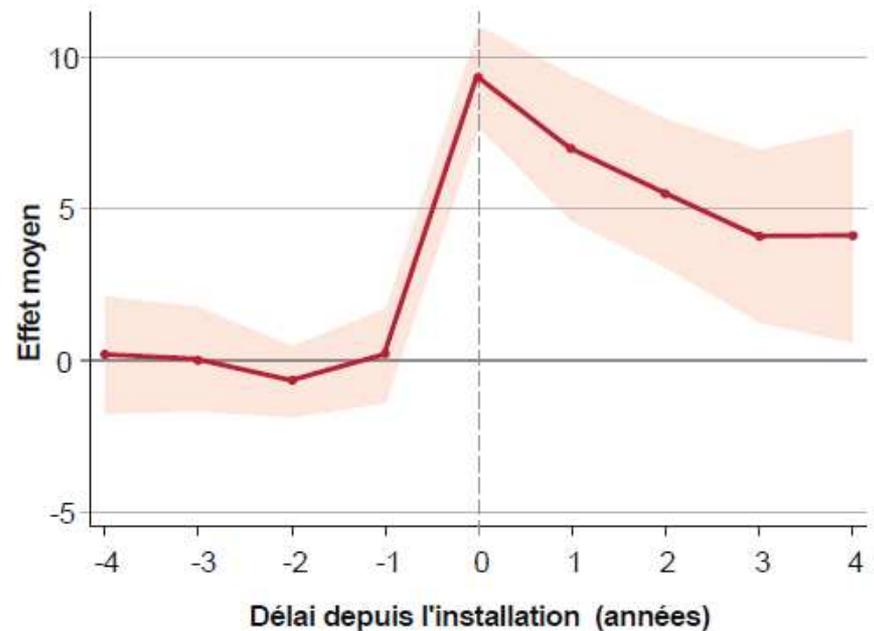
Un impact de l'arrivée qui diminue avec le temps mais se stabilise à 4 ans dans les marges rurales

Estimation de l'effet moyen de l'installation de médecins nés et diplômés à l'étranger sur l'évolution de la densité de médecins généralistes

dans les territoires périurbains  
avec une moindre accessibilité aux soins



dans les marges rurales  
avec une moindre accessibilité aux soins



# Les réponses pour améliorer l'accessibilité aux MG

- 2<sup>e</sup> type de réponse : Attirer/maintenir les MG dans les zones sous-dotées
  - Incitations financières : bourses d'études (CESP), PTMA, aides à l'installation, exonérations fiscales
    - Faible efficacité (Cours des comptes, 2024 + travaux en cours Irdes)
  - Améliorer les conditions d'exercice : **maisons de santé**, centres de santé
  - 4<sup>e</sup> année d'internat de MG prioritairement dans zones sous-denses
    - Appliquée (décret) ? On verra efficacité pas avant 2027 et 2032 pour des installations plus pérennes?

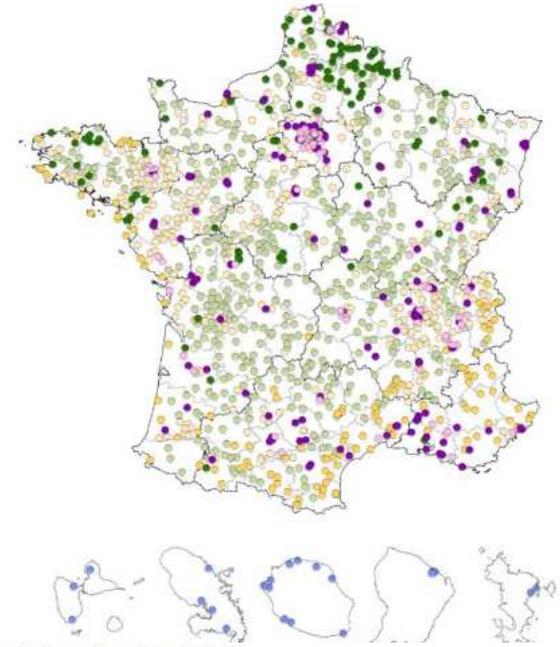
# Les maisons de santé

Chevillard G., Mousquès J., 2021. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Social Science & Medicine* 287, 114358.

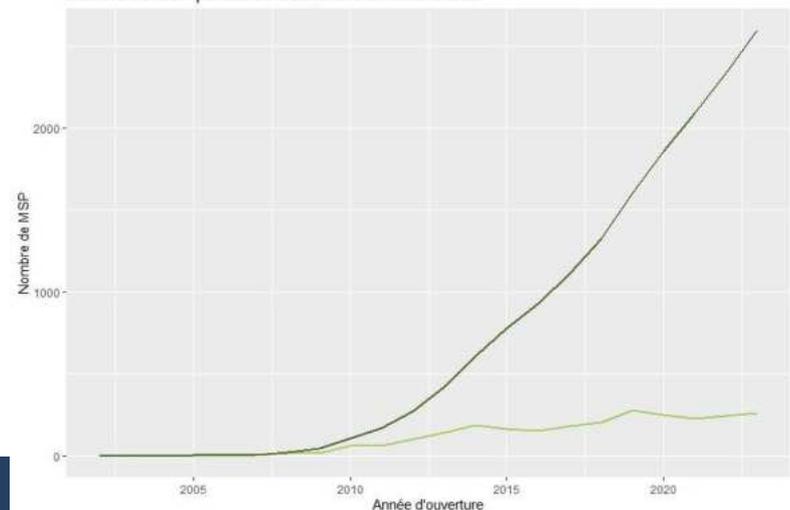


# Les maisons de santé : un levier pertinent pour attirer des jeunes médecins (Chevillard et Mousquès, 2021)

- MG/paramédicaux + projet de santé
- Une croissance forte : plus de 2000 MSP en 2022 vs 10 en 2007
- Une implantation majoritairement dans les zones sous-dotées : marges rurales et espaces périurbains

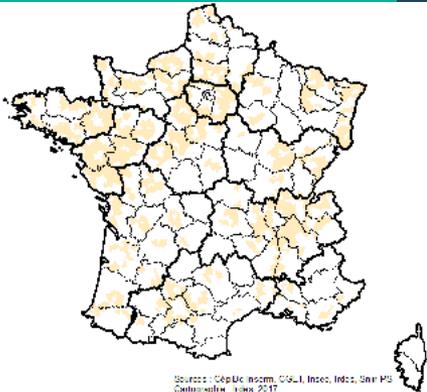


Nombre de MSP par année d'ouverture et nombre total



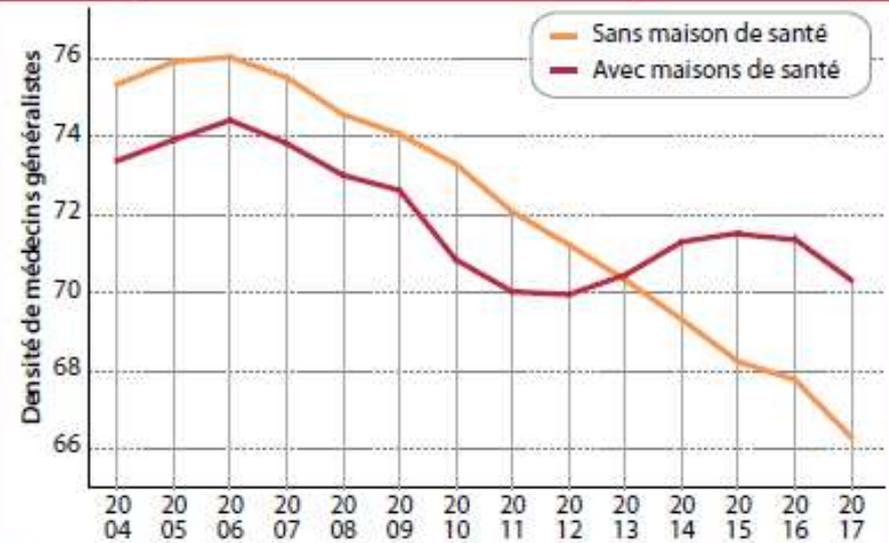
# Maisons de santé : méthode d'analyse d'impact

- Analyse en différence-de-différences
- Comparaison de l'évolution de la densité médicale dans les territoires avec et sans MSP, avant et après la mise en place du dispositif
- Stratifié par type de territoire selon une typologie socio-sanitaire des territoires de vie



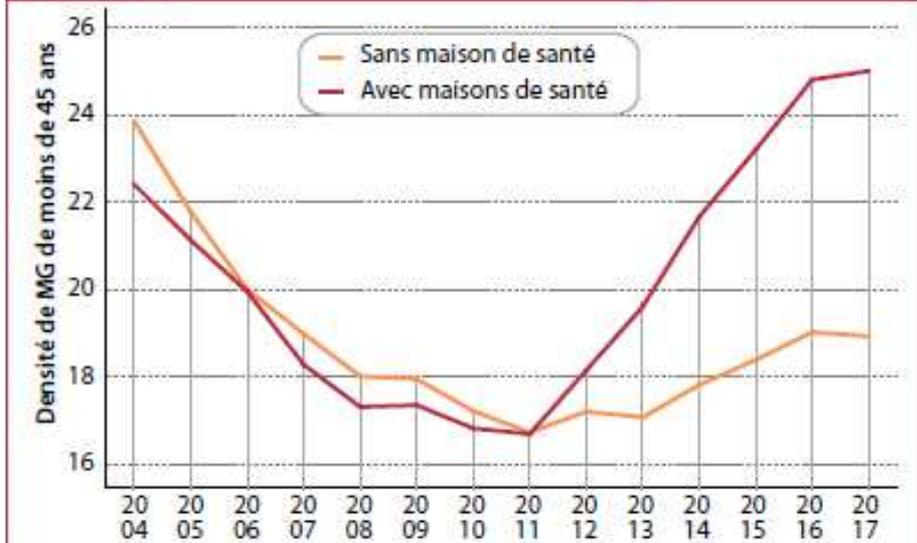
# Espaces périurbains : effets des MSP sur l'évolution de la densité médicale

**G3** Évolution de la densité globale de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



**Note :** Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.  
**Sources :** Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

**G2** Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016



**Note :** Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.  
**Sources :** Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

# Marges rurales : effets des MSP sur l'évolution de la densité médicale



G5

**Évolution de la densité globale de médecins généralistes libéraux entre 2004 et 2017, dans les marges rurales, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016**

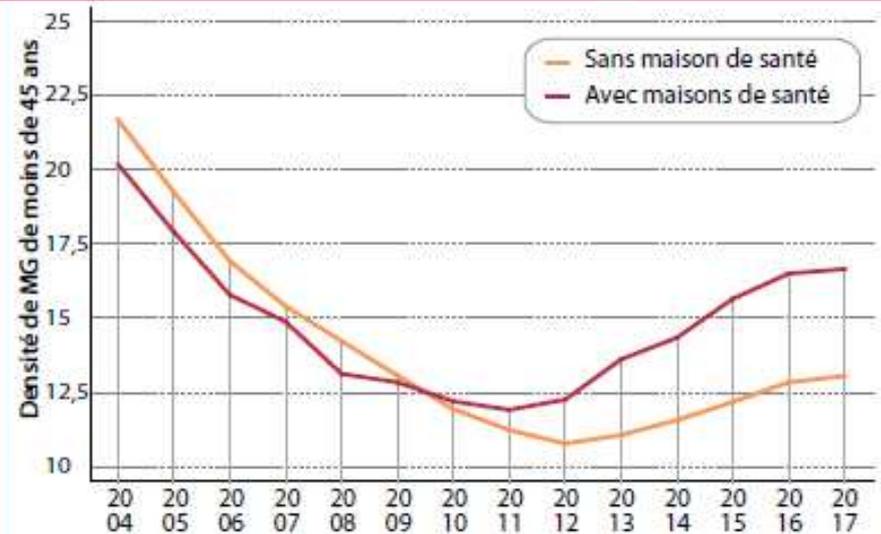


**Note :** Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.

**Sources :** Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

G4

**Évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les marges rurales, selon la présence de maisons de santé sur la période 2008-2016**



**Note :** Pour simplifier le graphique, les espaces traités correspondent aux territoires de vie avec au moins une maison de santé ouverte sur la période 2008-2016.

**Sources :** Snir-PS, Assurance maladie, Observatoire des recompositions de l'offre de soins, (DGOS).

# Les réponses pour améliorer l'accessibilité aux MG

- 3<sup>e</sup> type de réponse : réorganiser les services de soins, augmenter le temps médical
  - Temps administratif : assistants médicaux
  - Exercice coordonné en maison de santé, binôme infirmière Asalee (Cassou et al., 2021; Loussouarn et al., 2021)
    - Augmentation de la taille de la patientèle
  - Délégation de tâches : pharmaciens/infirmiers qui vaccinent
  - Accès direct à certains paramédicaux : expérimentation pour kinés, IPA en MSP

# Des réponses locales aux « déserts médicaux »

## ■ DÉMOGRAPHIE MÉDICALE INSOLITE

Dans ce département, on forme les futurs médecins... dès le lycée

Par P.M. le 15-11-2021



La communauté de communes de Cauvaldor (Lot) expérimente une filière santé dès l'enseignement secondaire. L'idée : lever les obstacles à la formation médicale des jeunes issus de la ruralité, et remédier, à terme, à la désertification médicale du territoire.

## Santé

Feu vert pour une première année de médecine à Nevers et un internat complet dans la Nièvre

PARIS | 11/03/2019 à 12h46



LIRE LE JOURNAL

# Des réponses locales aux « déserts médicaux »

**Une multitude d'initiatives locales** : départements, interco, communes (Jedat et al., 2022 ) mais qui sont **peu/pas évaluées**

**Les intercommunalités** (Article L.6323-1-3 CSP, (Article L.1511-8 CGCT)

⇒ Aides à l'installation, maisons de santé, centres de santé, téléconsultation, recrutement de médecins diplômés à l'étranger, aides au logement des internes...

**Des initiatives de départements :**

- Saône et Loire : Salariat des MG
- Aveyron : politique d'accueil des internes MG, remplaçants, jeunes MG
- Lot-et-Garonne : charte de non-concurrence entre communes pour attirer des MG
- Des décentralisations des études médicales (1<sup>ère</sup> année) qui essaient

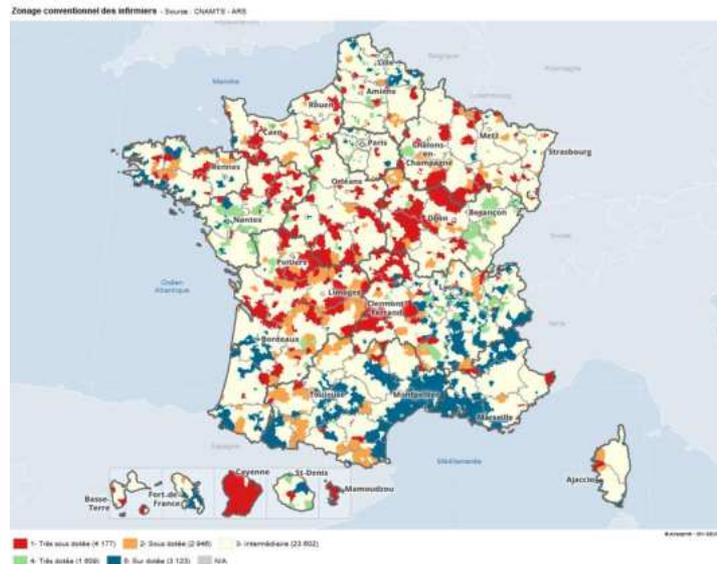
# Faut-il réguler l'installation des médecins ?

# Réguler l'installation des soignants

- Les types de régulations des installations
  - Service obligatoire dans une zone sous-dotée (pour une durée donnée) (Frehywott et al., 2010)
    - Avec incitations (bourse d'étude, pré-recquis pour valider diplôme ou accéder à une spé, avancement dans la carrière, aide pour la famille) => *NZ, Australie, Japon, Vietnam, Mongolie*
    - Sans incitations : *Inde, Mexique, Malaisie, Venezuela*
  - Limitation d'installation dans zones mieux dotés
    - Allemagne : pour les médecins
    - France : Infirmières, kinés, sages-femmes
  - Encadrement
    - Exemple des pharmacies en France

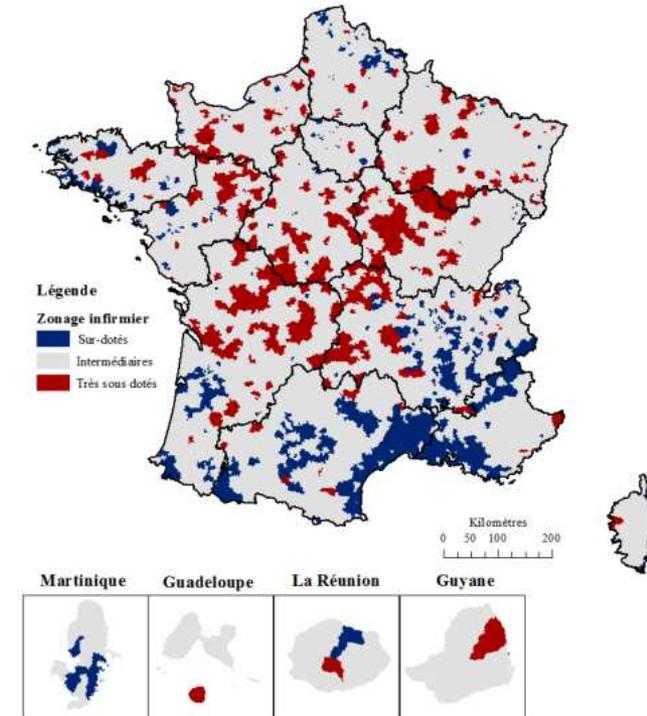
# L'impact du zonage infirmier

Duchaine F., Chevillard G., Mousquès J., 2022 L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France.  
*Revue d'Économie Régionale & Urbaine.*



# Le zonage infirmier : un outil efficace pour réduire les inégalités territoriales

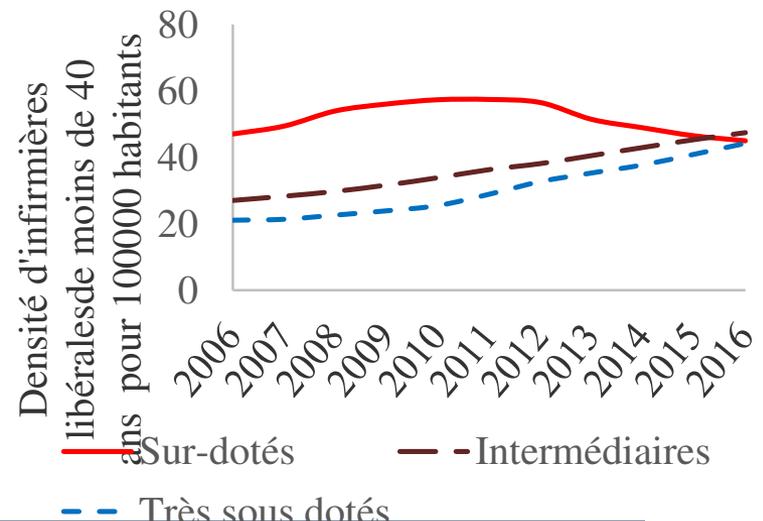
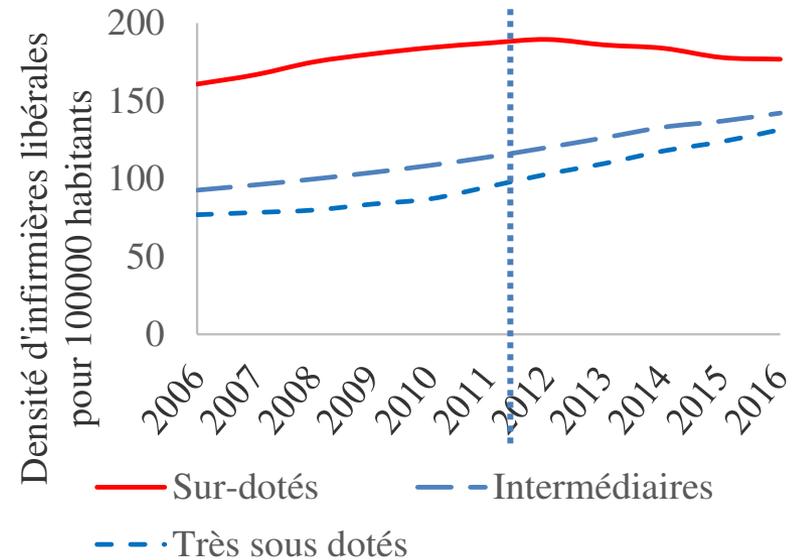
- Contexte : inégalités territoriales et croissance des effectifs d'infirmières libérales
- Depuis 2012 application d'un zonage conventionnel infirmier
- Principe :
  - limiter les installations dans les **zones sur-dotées** (une installation pour un département)
  - Inciter à s'installer dans les zones très sous-dotées (aides financières)



# Le zonage infirmier : un outil efficace pour réduire les inégalités territoriales

## ■ Les effets du zonage (2006-2016)

- ⇒ Un impact fort dans les zones sur dotées sur l'évolution de la densité globale et celle des jeunes infirmières
- ⇒ Un impact à nuancer dans les zones sous-dotées où l'évolution est positive mais pas beaucoup plus que dans les zones intermédiaires
- ⇒ Somme toute, une réduction des inégalités territoriales +++



# Quelles pistes pour demain?

# Messages clés : et demain pour améliorer l'accessibilité aux MG ?

- Pas de réponse unique ou miraculeuse
- Evaluer ce qui a été déployé (national & local)
- Amplifier la territorialisation de la formation médicale
- Agir sur différentes temporalités et leviers :
  - Présent et court terme : réorganisation des services ...
  - Moyen terme : exposition durant les études aux zones sous-dotées (impact des stages ?)
  - Long terme : promouvoir une plus grande variété des profils géographiques et sociaux des étudiants (comment?)

**Merci de votre attention**

[chevillard@irdes.fr](mailto:chevillard@irdes.fr)

# Comment diversifier les profils géographiques des étudiants en médecine (et sans utiliser de quotas) ?

## En s'inspirant de dispositif d'égalité des chances

- Les cordées de la réussite (encadre élèves depuis la 4e vers l'enseignement >)
- Convention éducation prioritaire avec des lycées partenaires dans des zones défavorisées (Sciences Po)

## Des initiatives existent pour les études médicales

- Lycée avec filière santé (Lot), expérimentation étendue dans loi Valletoux (2023)
- Antennes universitaires décentralisées pour les premières années de LAS et PASS (Nevers, Périgueux, Le Havre)

- Chaput, H., Monziols, M., Ventelou, B., Zaytseva, A., Chevillard, G., Mousquès, J., Fressard, L., Verger, P., Bournot, M.-C., Buyck, J.-F., Jolivet, A., Zemour, F., Hérault, T., 2020. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et résultats.
- Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., Mousques, J., 2018. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. L'Espace géographique Tome 47, 362–380.
- Chevillard, G., Mousquès, J., 2020. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions d'économie de la santé.
- Duchaine, F., Chevillard, G., Mousquès, J., 2022. L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France. Revue d'Économie Régionale & Urbaine Pub. anticipées, 5zk – 35.  
<https://doi.org/10.3917/reru.pr1.0048>
- Dumontet, M., Samson, A.-L., Franc, C., 2017. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?, How do Physicians Choose their Place of Practice? Revue française d'économie XXXI, 221–267.
- Jedat, V., Desnouhes, A., Andrieux, M., Besnier, M., Archambault, P., 2022. État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. Santé Publique 34, 231–241.  
<https://doi.org/10.3917/spub.222.0231>
- Straume, K., Shaw, D.M.P., 2010. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. Bulletin of the World Health Organization 88, 390–394.
- Taha, A., Dawidowicz, S., Orcel, V., Puszkarek, T., Bayen, M., Bayen, S., 2022. Relationship between training supervision and evolution of the density of GPs: a 3-year cohort study on French cities between 2018 and 2021. Human Resources for Health 20, 39. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00740-1>