

ENQUÊTE

Cartes de France 2026 de l'accès aux soins

Soignants et patients face aux inégalités territoriales

—Analyse de Joy Raynaud

—Avec les contributions de
Rémi Branco, Vincent Dedes,
Ariel Frajerman, Nicolas Homehr,
Jean-Michel Lemette, Boris Nicolle,
Bruno Perrouy, Guillaume Rall,
Aurélie Rochette, Luc Sulimovic,
Marc Villaceque et Andreas Werner

Avant-propos

Accès aux soins : des défis et des promesses

– Roman BORNSTEIN

Codirecteur des études, Fondation Jean-Jaurès

Le paradoxe français de l'accès aux soins

Crise de la santé mentale, croissance continue des cas de cancer, vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, fermetures de lits d'hôpitaux, départs à la retraite de toute une génération de soignants, déficit de la Sécurité sociale : l'actualité vient régulièrement rappeler aux Français que leur système de santé voit s'accumuler les défis. Ce pilier de la solidarité nationale est en danger, et nos concitoyens l'ont compris. De fait, dans les enquêtes d'opinion que pilote la Fondation Jean-Jaurès, la santé apparaît régulièrement en tête de leurs préoccupations.

Il y a pourtant des raisons d'être optimiste.

Qu'il s'agisse de la personnalisation de la médecine, des percées dans la recherche sur le cancer, du développement de médicaments contre l'obésité, de la démocratisation de l'accès aux informations médicales, des nouvelles capacités de traitement de larges quantités de données, de la robotisation des interventions chirurgicales ou de l'intégration de l'intelligence artificielle (IA) au sein des hôpitaux et des cabinets, la santé vit en effet les prémices d'une ère de découvertes et d'avancées absolument majeures. L'alliance de la recherche, de la technique et de la donnée offre pour l'avenir la promesse d'une qualité de soins inenvisageable il y a encore quelques années.

C'est ici que réside le paradoxe de notre santé publique. La question qui se posera aux décideurs

ne sera pas tant celle de la qualité de notre système de soins que celle de son organisation et de son accessibilité : comment assurer aux patients l'accès à leurs soignants au moment où ils en auront besoin ?

Avant 2027 : l'état des lieux le plus complet jamais réalisé

Les Français choisiront leur prochain président de la République dans un an. À la Fondation Jean-Jaurès, nous pensons que c'est celui qui saura proposer une vision ambitieuse et crédible sur ce sujet de l'accès aux soins qui aura la meilleure chance de l'emporter. Mais, dans un secteur où les acteurs sont multiples, les informations éparpillées et les données fragmentaires, encore lui faudra-t-il disposer des bons outils de pilotage. L'enjeu est d'aller au-delà des anecdotes et du ressenti, pour établir un diagnostic aussi précis que possible de la réalité de l'accès aux soins en France.

C'est pour y aider que nous proposons ici, grâce aux statistiques d'une ampleur exceptionnelle fournies par Doctolib et analysées par Joy Raynaud, ce qui s'annonce comme l'état des lieux le plus complet en la matière. Si ces statistiques ne couvrent qu'une partie de l'activité médicale du pays, elles n'en demeurent pas moins indispensables pour mieux appréhender l'état actuel de l'accès aux soins des Français.

Alors que la campagne électorale démarre, que les candidats s'annoncent et que les projets se préparent,

nous nous enorgueillissons de pouvoir proposer ici un travail qui orientera les débats, aidera les Français à faire un choix informé et donnera aux

responsables les outils pour décider de façon éclairée. C'est, à nos yeux, la définition du rôle d'un *think tank*.

Avant-propos

Cartes de France 2026 : « une autre façon d'agir pour l'accès aux soins »



Jean-Urbain HUBAU
Directeur général France
de Doctolib

Il y a deux ans, nous publions une première édition des Cartes de France de l'accès aux soins avec une conviction forte : mieux comprendre les réalités de terrain pour contribuer, collectivement, à améliorer l'accès aux soins en France.

Tous les jours, Doctolib contribue à faciliter l'accès aux soins en proposant aux soignants et aux patients des solutions innovantes permettant de générer un gain de temps et d'efficacité mais aussi plus de prévention et plus de pouvoir d'action pour les patients.

Au-delà de ces services, nous avons fait le choix, en partenariat avec notre écosystème et nos utilisateurs, de libérer l'accès à un ensemble de données contribuant à objectiver et analyser les dynamiques d'accès aux soins partout sur le territoire. C'est une autre façon d'œuvrer pour l'accès aux soins.

Cartes de France, édition 2026

Elles s'adressent avant tout aux soignants et aux acteurs de terrain qui, chaque jour, cherchent des solutions concrètes pour mieux orienter, coordonner et prendre en charge les patients dans des contextes souvent sous tension. Au fil des échanges que nous avons avec les professionnels de santé, les CPTS, les URPS, les syndicats de spécialité ou encore les acteurs institutionnels, une même demande revient régulièrement : disposer d'indicateurs fiables et d'une lecture territoriale claire des délais d'accès aux soins.

C'est pour répondre à ce besoin que nous avons choisi de publier cette nouvelle étude, avec une méthodologie encore renforcée. Ce travail a été enrichi grâce au travail de Joy Raynaud, géographe de la santé, et aux échanges avec les institutions (Comité de soignants pluridisciplinaires, Drees), par l'intégration de jeux de données complémentaires ainsi que grâce à une étude réalisée auprès de plus de 8 000 patients pour confronter les délais observés aux perceptions et aux expériences vécues par les patients eux-mêmes.

Parmi les enseignements clés : le besoin d'accompagner les innovations organisationnelles et numériques

Au-delà des chiffres, cette étude met en lumière une réalité essentielle : les délais d'accès aux soins ne dépendent pas uniquement du nombre de soignants présents sur un territoire. Ils reflètent aussi des choix d'organisation, des dynamiques de coordination, le partage des compétences entre professionnels ou encore la capacité des équipes à structurer ensemble les parcours de soins. À densité médicale comparable, certains territoires ou certaines spécialités parviennent ainsi à offrir des accès plus fluides que d'autres grâce à des organisations différentes.

Les services proposés aux patients sont aussi des leviers : en rendant l'offre de soins visible aux patients, on facilite leur orientation dans le système de santé. Les intelligences artificielles (IA) conversationnelles ont également un impact sur le parcours : c'est un des enseignements de ce sondage. Elles devront donc être évaluées à l'aune de leur impact sur la consommation de soins, notamment leur capacité à éviter les consultations non nécessaires et orienter vers les urgences quand elles sont réelles. Ce chantier collectif est devant nous et nous y contribuerons avec des partenaires scientifiques de confiance pour évaluer nos futures solutions.

C'est précisément cette dimension collective et organisationnelle qui nous semble importante aujourd'hui. Car améliorer l'accès aux soins ne repose pas sur un seul acteur ni sur une seule solution. Cela suppose des outils adaptés, des coopérations renforcées et une meilleure circulation de l'information entre les professionnels de santé.

Une démarche partenariale et scientifique au cœur de notre ADN

Cette publication s'inscrit d'ailleurs dans une démarche plus large que nous poursuivons depuis plusieurs années : contribuer, avec l'écosystème de santé et de recherche, à produire et à partager des connaissances utiles au terrain. Comme nous le faisons dans le cadre de nos travaux menés avec nos partenaires de recherche, notamment l'Inria ou l'Inserm, nous souhaitons rendre accessibles des enseignements concrets issus des usages, des données et des réalités vécues par les soignants comme par les patients.

À travers cette nouvelle édition, notre ambition reste simple : apporter des éléments utiles à celles et ceux qui font vivre le système de santé au quotidien et contribuer, modestement mais concrètement, aux réflexions et aux actions engagées pour améliorer durablement l'accès aux soins sur les territoires.

Avant-propos

Éclairer l'accès aux soins, entre délais et vécu des patients



Joy RAYNAUD

Géographe, spécialiste
de l'accès aux soins
et des inégalités
territoriales de santé

Des indicateurs au plus près du vécu des patients

Au fil des missions que j'ai menées pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics, j'ai acquis une conviction : une analyse territoriale n'a de valeur que si elle confronte les indicateurs quantitatifs au vécu des patients et des soignants. La géographie de la santé analyse les « pleins » et les « vides », mais aussi ce qui les explique : l'histoire, ses habitants, ses dynamiques propres, qui font que deux territoires aux chiffres comparables ne vivent pas les mêmes réalités d'accès aux soins.

C'est cette conviction qui a guidé l'architecture de cette étude. Ce travail sur les délais réels d'obtention d'un rendez-vous vient ainsi se confronter aux indicateurs indirects d'accès potentiel comme la densité médicale ou les distances parcourues, donnant un nouveau regard sur l'accès aux soins. Nous touchons ici à une réalité plus concrète : celle du patient qui cherche une consultation, du professionnel qui organise son agenda, du territoire où l'offre disponible ne suffit pas toujours à absorber

la demande. C'est également pour cela que j'ai souhaité enrichir chaque chapitre d'éléments de contexte et de références bibliographiques récentes, afin d'offrir pour chaque profession un éclairage aussi complet que synthétique de ses enjeux actuels.

L'organisation, un levier d'action majeur pour transformer l'accès aux soins

L'un des enseignements les plus marquants de cette étude tient à l'importance de l'organisation dans la réduction des délais. L'ophtalmologie est inspirante à ce titre : à effectifs contraints, la réorganisation de la filière par le travail aidé a permis une amélioration significative des délais. Ce résultat illustre le potentiel des leviers organisationnels, dont la portée et les modalités restent propres à chaque profession.

Ce que les délais ne montrent pas

Mais l'accès aux soins ne se mesure pas seulement à partir de ceux qui obtiennent un rendez-vous. Il se mesure aussi à travers ceux qui n'y parviennent pas. Les délais ne couvrent que les consultations effectivement réalisées. L'enquête menée auprès des patients révèle l'autre face de l'accès aux soins : les recherches infructueuses, les renoncements, les reports vers les urgences, les obstacles et les arbitrages du quotidien. Un délai médian court peut coexister avec une part importante de patients qui n'ont pas réussi à obtenir de rendez-vous. Cette confrontation entre données d'usage et vécu des patients constitue l'autre apport majeur de ce rapport. Elle montre que les inégalités d'accès tiennent aussi à la disponibilité réelle des créneaux, aux contraintes horaires et à la capacité des territoires à coordonner les réponses. Elles tiennent désormais aussi aux usages numériques : la prise de rendez-vous en ligne, qui contribue à réduire les passages aux urgences, et l'intelligence artificielle, qui bouleverse l'accès aux connaissances en santé et la prise de décision des patients.

Un baromètre pour éclairer les politiques d'accès aux soins

J'ai pris beaucoup de plaisir à mener cette étude parce qu'elle éclaire l'accès aux soins dans toute sa complexité, sans céder aux évidences. Elle montre un système encore capable de répondre, mais fragilisé. Elle souligne des tensions réelles, mais aussi des leviers. Elle invite surtout à regarder les territoires non comme de simples surfaces inégalement dotées, mais comme des systèmes de soins vivants, organisés, parfois inventifs, parfois saturés.

Mon ambition, à travers ce rapport, est de contribuer à une lecture approfondie de l'accès aux soins : proche des usages réels, attentive aux patients, utile à l'action publique.

Un grand merci à l'ensemble des personnes avec qui j'ai travaillé pour mener à bien cette étude, et en particulier à Camille Vaziaga et Constance Maudoux pour leur confiance et la pertinence de leur regard.

Avant-propos

Fractures sanitaires, fractures républicaines : l'inégal accès au soin cristallise le ressentiment rural



Rémi BRANCO

Maire de Puy-l'Évêque,
vice-président du Conseil
départemental du Lot

Au cœur du malentendu, la géographie et la sociologie de l'accès aux soins

Un âge d'or de l'accès aux soins en France a-t-il un jour existé ? J'en doute. Ce dont je suis certain en revanche, c'est que jamais les habitants de la vallée du Lot n'ont eu un tel sentiment de dégradation de l'accès aux soins en dépit des efforts menés par les professionnels de santé en lien avec les collectivités.

Au tournant des années 2020, le départ progressif à la retraite d'une génération de médecins issus du babyboom a fait naître une vive inquiétude dans les territoires ruraux, voire une angoisse profonde quand il s'est agi de voir partir le dernier médecin de village.

L'impact de ce début de désertification médicale auprès d'une population vieillissante et isolée n'a évidemment pas eu la même charge symbolique ni les mêmes conséquences directes sur l'accès aux soins dans le cœur des métropoles où les non-remplacements de médecins ne signifiaient pas pour autant le renoncement aux soins, du moins dans un premier temps.

Ainsi, la géographie et la sociologie de l'accès aux soins révèlent un décalage qui peut expliquer l'absence stupéfiante de mise à l'agenda politique de cet enjeu lors de l'élection présidentielle de 2022. Pour les candidats de gauche et leurs entourages que j'essaie alors d'alerter et dont l'écrasante majorité vit à Paris, c'est alors un non-sujet. J'en ferai pour ma part le combat central de ma campagne législative, remplissant les salles des fêtes et les feuilles d'émargement de mes pétitions.

Peu à peu, partis politiques, chercheurs comme médias nationaux ont enfin pris la mesure de l'impact de cette désertification médicale, à l'image de l'écho provoqué par la première étude menée conjointement par la Fondation Jean-Jaurès et Doctolib. Un certain nombre de mesures ont été prises comme l'assouplissement du *numerus clausus*, le développement de la télémédecine, la salarisation de médecins en Occitanie ou encore le regroupement de professionnels de santé autour de maisons pluridisciplinaires de santé. Si ces avancées vont dans le bon sens, elles ne sont pas de nature à inverser la tendance. Je dirais même que le pessimisme et l'angoisse progressent, appuyées par plusieurs facteurs que je crois utile d'évoquer ici car structurants dans les territoires ruraux dans les années à venir.

Vieillesse et coût du carburant, ou les multiplicateurs de peines en zone rurale

Le premier facteur concerne le vieillissement de la population au sujet duquel le Lot, deuxième département le plus âgé de France, est en première ligne. Aujourd'hui âgé de 40 ans, je sais que lorsque j'en aurai 80, nous serons trois fois plus d'octogénaires qu'aujourd'hui. Nous sommes au pied du mur en matière d'organisation et de financement de la prise en charge de nos seniors dans le dernier âge de leur vie. Ce vieillissement qui caractérise les départements ruraux rend pour partie inopérantes les avancées citées plus tôt : à 90 ans, il ne va pas de soi d'utiliser Doctolib ou de pratiquer la télé-médecine. Lorsqu'on est dépendant, les 10 kilomètres qui nous séparent d'un centre pluridisciplinaire de santé sont infranchissables sans assistance. Et naturellement, à 90 ans, on a peu de chances de bénéficier un jour des conséquences de l'assouplissement du *numerus clausus*.

Autre élément de contexte structurant dans l'accès aux soins : l'augmentation des prix du carburant. Contrairement à la flambée de 2022, nous savons désormais que la situation ne reviendra jamais « à la normale ». Les patients en sont les premières victimes. Les témoignages se multiplient de Lotois renonçant aux soins. Les professionnels de santé et du soin sont également très fortement impactés. En dépit de leur dévouement, les infirmières libérales ne s'y retrouvent plus financièrement lorsqu'il faut parcourir des dizaines de kilomètres par jour sur les routes du Lot pour des injections facturées à moins de 5 euros.

Dernier élément de contexte nouveau à prendre en compte : la disparition des pharmacies dans les territoires ruraux. J'expliquais lors de la précédente étude Doctolib/Fondation Jean-Jaurès que le départ du dernier médecin du village fragilisait directement le maintien des autres professionnels de santé dont les pharmaciens qui vivent des ordonnances

du médecin de la commune. Désormais, la disparition des pharmacies – qui aurait pu être aggravée si le gouvernement n'avait pas renoncé à son projet concernant les « remises » aux laboratoires l'été dernier – est en soi un facteur de désertification médicale. Comment convaincre un médecin de s'installer si la pharmacie est promise à une vente prochaine sans aucune garantie de repreneur ? Dans de nombreux villages du Lot et d'ailleurs, le cercle vicieux fonctionne tant par le départ des médecins que par celui des pharmaciens.

Recoudre notre tissu médical pour faire République

Je ne peux conclure ce texte sans évoquer la vive inquiétude que ressent le nouveau maire que je suis quant aux tensions que crée cette raréfaction de l'offre de soins. On s'accuse entre élus de « se piquer » les dentistes, on fait monter les enchères pour accueillir un couple de jeunes médecins à coups de primes délirantes, de logements, de voitures de fonction, etc. En outre, les professionnels de santé m'alertent sur l'augmentation des violences verbales, voire physiques, de la part des patients eux-mêmes quand ils estiment ne pas être pris en charge à temps.

Ces observations de terrain me conduisent à penser qu'il y a plus que jamais urgence à coordonner les politiques d'offre de santé entre l'État, les départements et les élus locaux. À défaut, la désertification médicale conduira non seulement à la désertification rurale mais à une augmentation significative des tensions et des violences, exacerbées par un sentiment d'abandon, pour ne pas dire de mépris, des patients.

Si nous ne reprenons pas collectivement la main sur l'organisation territoriale de l'accès aux soins, alors la désertification médicale deviendra bien davantage qu'une crise sanitaire : elle alimentera une crise démocratique et territoriale profonde.

Les grands enseignements

Le premier recours tient, mais les trajectoires divergent

Les délais d'accès entre les professions de santé varient fortement, avec toujours un écart important entre le premier recours et les soins de spécialité.

Ils restent contenus en moins de 15 jours pour toutes les spécialités de premier recours : médecins généralistes, pédiatres, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes et sages-femmes, mais au-delà, pour les spécialités médicales : psychiatres et gynécologues en dessous d'un mois, puis dermatologues et cardiologues.

La cardiologie (42 jours) et la dermatologie (32 jours) présentent les délais médians les plus longs, confirmant une forte tension déjà bien connue, comme lors de la précédente étude de 2023.

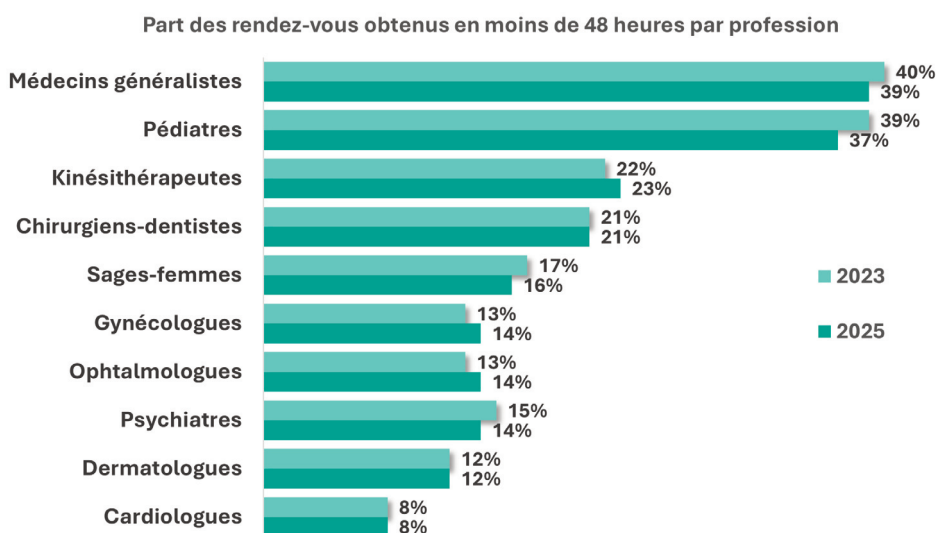
Entre 2023 et 2025, les délais restent relativement stables. L'évolution la plus importante touche l'ophtalmologie (-4 jours) : c'est une profession qui s'est transformée en organisant un parcours de soins pluri-professionnels (avec les orthoptistes et les opticiens).

La dermatologie (-3 jours) et la gynécologie (-2 jours) évoluent aussi positivement, contrairement à la pédiatrie, les sages-femmes, la cardiologie et la psychiatrie qui voient leurs délais augmenter de +1 jour chacune. La médecine générale et la kinésithérapie restent stables. Il faudra continuer de mesurer ces écarts année après année.

Tous les soignants sont engagés pour assurer des rendez-vous en urgence et des soins non programmés

Toutes les professions maintiennent une capacité de réponse non programmée, de 8 % à 39 % des rendez-vous obtenus en moins de 48 heures.

En médecine générale, 39 % des rendez-vous sont obtenus en moins de 48 heures, et 37 % en pédiatrie, témoignant d'une réactivité maintenue dans le premier recours, contre 8 % chez les cardiologues.



La démographie ne suffit pas à expliquer les délais : l'organisation fait la différence

En ophtalmologie, les délais ont été divisés par plus de deux en huit ans (CSA/SNOF, 2025) et, à effectifs quasi constants, grâce au travail aidé et à la réorganisation de la filière. En cardiologie, la densité libérale a progressé et les délais s'allongent. La corrélation entre démographie médicale et accès aux soins n'est pas celle qu'on croit. L'enjeu n'est pas de former davantage de médecins : c'est de mieux organiser le temps médical disponible.

Les professionnels de santé partenaires de l'étude identifient deux leviers organisationnels complémentaires pour prolonger cette dynamique :

- la télé-expertise, d'abord : en permettant à un médecin généraliste d'obtenir un avis spécialisé sans mobiliser un créneau de consultation, elle fluidifie les parcours et libère du temps médical là où il manque ;
- le soin coordonné, comme les équipes de soins spécialisés (ESS), les CPTS, etc., ensuite : en structurant la coordination entre soignants à l'échelon départemental ou régional, elles permettent de mieux répartir la charge, d'éviter les doublons et d'organiser une réponse collective là où l'exercice isolé atteint ses limites. La cardiologie, spécialité qui a créé le plus d'ESS, commence à en mesurer les effets concrets.

Des inégalités territoriales profondes, mais sans géographie unique

Les écarts départementaux de délais sont considérables : de 1 à 10 en cardiologie (16 à 164 jours selon les départements), de 1 à 30 en ophtalmologie. Mais ces inégalités ne dessinent pas une carte unique : chaque profession a sa propre géographie de l'accès aux soins, qui ne se superpose pas à celle des autres.

La cardiologie est sous tension dans l'arc Occitanie-vallée du Rhône. L'ophtalmologie et la pédiatrie dans le Grand Ouest. La dermatologie dans le Nord et le Centre-Est. La psychiatrie, elle, échappe à toute logique spatiale : ses délais ne suivent ni la densité médicale, ni la géographie, c'est un problème davantage structurel que territorial.

Seule constante transversale : l'Île-de-France conserve les délais les plus courts pour la quasi-totalité des spécialités.

Ces résultats invitent à dépasser le prisme d'une carte unique des déserts médicaux : adresser les tensions d'accès aux soins exige de partir de la géographie réelle de chaque profession.

La téléconsultation : un levier de réponse rapide, inégalement mobilisé

Les délais médians en téléconsultation sont systématiquement inférieurs au présentiel, de 0,9 jour en médecine générale à 3,8 jours en dermatologie.

La psychiatrie se distingue par le taux le plus élevé et le plus fort volume et un délai médian qui reste élevé (7,9 jours), signe que la téléconsultation y est mobilisée pour le suivi programmé plus que pour la réponse rapide.

La téléconsultation n'est pas un substitut au soin présentiel : c'est un canal d'accès rapide complémentaire au suivi présentiel du soignant, dont les données confirment l'efficacité, qui répond à un besoin de suivi intégré au parcours de soins, et pas une logique de plateforme. En moyenne en 2024, 82 % des téléconsultations sur Doctolib sont réalisées avec un praticien déjà connu du patient (un taux stable depuis 2022).

Un renoncement aux soins massif, porté par les actifs plus que par les précaires, autant en ville que dans les zones rurales

63 % des patients ont renoncé à chercher un rendez-vous, montrant que les délais d'obtention ne captent qu'une partie des difficultés d'accès.

Le renoncement n'est pas concentré sur les publics précaires. Ce sont les cadres (71 %) et les 25-34 ans (75 %) qui renoncent le plus, davantage que les ouvriers (63 %) ou les personnes sans activité (63 %). Les contraintes horaires pèsent autant que les contraintes financières.

L'écart de renoncement entre zones urbaines denses et zones rurales n'est que de 4 points. Ce résultat invite à dépasser le prisme des déserts médicaux pour appréhender l'accès aux soins comme un défi structurel national : c'est l'organisation de l'offre (sa disponibilité et sa lisibilité notamment) qui fait la différence, bien plus que la densité médicale du territoire.

Le rendez-vous et le recours aux urgences sont des vases communicants : un patient sur quatre va aux urgences faute de rendez-vous en ligne, un sur cinq les évite grâce au rendez-vous en ligne

23 % des patients sont allés aux urgences faute de rendez-vous disponible.

20 % ont évité les urgences grâce à un rendez-vous obtenu en ligne.

Ces deux chiffres, mis côte à côte, permettent d'affirmer la place de la lisibilité de l'offre de soins

pour éviter les recours aux urgences non justifiés. Le rendez-vous en ligne a bien un impact sur les flux des urgences hospitalières. Le SAS comme le déploiement d'outils de prise de rendez-vous en ligne pour les patients ont un rôle à jouer et doivent être toujours plus déployés.

L'intelligence artificielle en santé : un usage déjà installé

45 % des patients utilisent déjà une intelligence artificielle (IA) conversationnelle pour des questions de santé, avec un clivage générationnel de 62 points entre les 18-24 ans (75 %) et les 75 ans et plus (13 %).

Dans plus de 60% des cas, l'IA influence le comportement de consultation : 25 % des utilisateurs déclarent avoir consulté plus rapidement suite au recours à l'IA générative.

Tous les profils ne réagissent pas de la même façon, et les étudiants constituent le profil le plus exposé : ils sont les plus utilisateurs (78 %) de l'IA et présentent un taux de renoncement à la consultation post-IA de 20 %. Sachant que cette population cumule 66 % de renoncement et 37 % d'entre eux citent le coût comme frein. Ce profil appelle une attention particulière.

Ce double mouvement (IA accélératrice pour certains, IA substitutive pour d'autres) souligne l'importance d'articuler les outils numériques d'information avec les parcours de soins structurés.

Cartes de France 2026 de l'accès aux soins : dix spécialités à la loupe

Cette étude a été confiée à la géographe de la santé **Joy Raynaud**.

Introduction

En 2025, 6,7 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant déclaré, plus d'une femme sur trois ne bénéficiait pas d'un suivi gynécologique régulier et les soins dentaires demeuraient le premier type de soins auquel les Français renoncent, avec un renoncement d'environ 17 % (Assurance-maladie-Drees, 2025 ; Ifop-Qare, 2025 ; Drees, 2022). L'accès aux soins est au cœur des préoccupations des patients, des professionnels et des décideurs publics. Il reste pourtant le plus souvent appréhendé au travers d'indicateurs indirects : densité médicale, distances parcourues, organisation de l'offre. Ces approches documentent le potentiel d'accès, mais ne mesurent pas les tensions effectivement rencontrées par les patients au moment de prendre rendez-vous.

Le délai d'obtention d'un rendez-vous constitue un indicateur direct de la capacité du système à répondre à la demande. Il permet, pour chaque territoire et chaque profession, de quantifier la rapidité d'accès à un soignant et de distinguer les situations de tension aiguë des configurations plus favorables. C'est cette mesure que la présente étude place au centre de l'analyse.

Cette deuxième édition des *Cartes de France de l'accès aux soins* mobilise les données de plus de 80 000 professionnels de santé utilisateurs de Doctolib, représentant plus de 234 millions de consultations réalisées en 2025. Elle couvre dix professions

de santé libérales, réparties entre soins de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) et spécialités (cardiologues, dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres). Les résultats sont analysés aux échelles nationale et départementale, sur la période 2023-2025.

Pour chaque profession, l'analyse s'appuie sur les indicateurs suivants : le délai médian d'obtention d'un rendez-vous (consultations et téléconsultations), la part des consultations réalisées en moins de 24 heures et de 48 heures, la part des rendez-vous au-delà de 7 jours, et la file active annuelle par praticien. Des cartographies départementales complètent cette lecture en documentant les disparités territoriales et leur évolution.

Cette approche quantitative est enrichie par une enquête menée auprès des patients, portant sur les rendez-vous non obtenus, le renoncement aux soins, le recours aux urgences faute de créneau disponible et l'impact de l'intelligence artificielle (IA) sur les comportements de consultation. Elle apporte un éclairage sur les tensions invisibles dans les données d'usage.

L'étude s'articule en trois temps. Elle présente d'abord une synthèse transversale des principaux enseignements, avant d'examiner chaque profession au regard de ses indicateurs clés, de ses dynamiques territoriales et de ses enjeux prospectifs. Il restitue enfin les résultats de l'enquête, dont les enseignements croisent les données objectives avec les réalités vécues par les patients.

Repères méthodologiques

Les indicateurs sont calculés à partir des rendez-vous effectivement réalisés *via* Doctolib, qu'ils soient pris en ligne par le patient ou saisis par un secrétariat utilisant l'outil. Le délai médian est estimé à partir des consultations physiques et des téléconsultations. Sont exclus du calcul les rendez-vous annulés, non honorés ou déplacés, les rendez-vous de suivi programmés en face-à-face à l'issue d'une consultation, ainsi que les séries de soins (à l'exception du premier rendez-vous de la série). Ces exclusions visent à isoler les prises de rendez-vous reflétant une démarche active du patient, représentatives de l'expérience réelle d'accès aux soins.

L'étude porte exclusivement sur l'exercice libéral. Les consultations hospitalières, les centres de santé (exercice salarié) et les structures ayant refusé l'usage statistique de leurs données sont hors périmètre. Selon les professions, la part des praticiens libéraux utilisateurs de Doctolib représente de 20 % à 78 % de l'effectif national, constituant pour chaque spécialité un échantillon significatif de l'activité libérale. Les départements comptant moins de cinq professionnels utilisateurs ou dont la part d'utilisateurs

Doctolib représente moins de 10 % de l'effectif libéral total ne sont ainsi pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats. Cette règle vise à prévenir tout risque de réidentification des professionnels et à garantir la robustesse statistique des indicateurs.

Plusieurs limites doivent être gardées à l'esprit. Les données ne couvrent que les rendez-vous transitant par Doctolib, dont la pénétration varie selon les spécialités et les territoires. Les déserts médicaux les plus sévères peuvent être sous-représentés, ce qui signifie que les délais mesurés sont potentiellement optimistes dans les zones les plus fragiles. Les résultats ne captent ni les recherches de rendez-vous infructueuses, ni le renoncement aux soins, ni les refus de nouveaux patients. Par ailleurs, un changement de méthode d'affectation géographique entre les éditions 2023 et 2025 (passage d'un comptage multi-sites à une affectation au lieu d'exercice dominant) peut expliquer une partie des variations départementales observées, sans refléter une évolution réelle de l'offre.

Ces précautions posées, les données mobilisées constituent, par leur volume et leur granularité, l'une des bases les plus complètes disponibles en France pour mesurer les délais d'accès effectifs aux soins libéraux.

Synthèse

Principaux enseignements de l'étude

Cette étude mesure les délais d'obtention d'un rendez-vous auprès de dix professions de santé libérales, à partir de 234 millions de consultations réalisées en 2025. Elle couvre le premier recours

(médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) et cinq spécialités (cardiologues, dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres). Les résultats sont analysés aux échelles nationale et départementale, sur la période 2023-2025.

Le tableau ci-dessous offre une vision d'ensemble des principaux indicateurs pour les dix professions étudiées.

Profession	Densité libérale pour 100 000 hab. en 2025	Délai médian 2025 (jours)	Évolution 2023-2025 (jours)	Part RDV < 48 h	Part RDV > 7 jours
Cardiologues	7.6	42	+1	8 %	82 %
Dermatologues	3.6	32	-3	12 %	76 %
Ophtalmologues	6.5	21	-4	14 %	72 %
Gynécologues	15.1	19	-2	14 %	70 %
Psychiatres	9.4	15	+1	14 %	71 %
Sages-femmes	25	12	+1	16 %	62 %
Chirurgiens-dentistes	57	10	-1	21 %	59 %
Pédiatres	23.6	8	+1	37 %	53 %
Kinésithérapeutes	128	6	0	23 %	43 %
Médecins généralistes	82	3	0	39 %	35 %

La lecture croisée des dix professions fait apparaître sept enseignements structurants.

Le premier recours préservé, mais sur des équilibres de plus en plus fragiles

Les professions de premier recours affichent des délais contenus : 3 jours pour les médecins généralistes, 6 jours pour les kinésithérapeutes, 8 jours pour les pédiatres et 10 jours pour les chirurgiens-dentistes. Ces niveaux traduisent une capacité du système à absorber la demande courante, portée par une forte réactivité des professionnels.

La capacité de réponse rapide aux demandes non programmées varie fortement selon les professions. En médecine générale, 39 % des rendez-vous sont obtenus en moins de 48 heures, et 37 % en pédiatrie, témoignant d'une réactivité maintenue dans le premier recours. Ce taux chute, en revanche, à 8 % en cardiologie et 12 % en dermatologie, confirmant la difficulté des spécialités les moins denses à absorber la demande urgente ou semi urgente. Cet

indicateur complète utilement le délai médian : un délai modéré peut masquer une faible capacité de réponse rapide, et inversement.

Cette stabilité apparente ne doit toutefois pas masquer les signaux de fragilisation. En médecine générale, la part des rendez-vous au-delà de 7 jours progresse de 3 points (35 %) et 47 % des départements enregistrent une hausse des délais. En pédiatrie, le délai médian augmente d'un jour dans un contexte où 36 départements ne disposent pas de données suffisantes pour être analysés, reflet indirect de la faiblesse de l'offre libérale. L'accès est donc maintenu, mais il repose sur des équilibres de plus en plus fragiles.

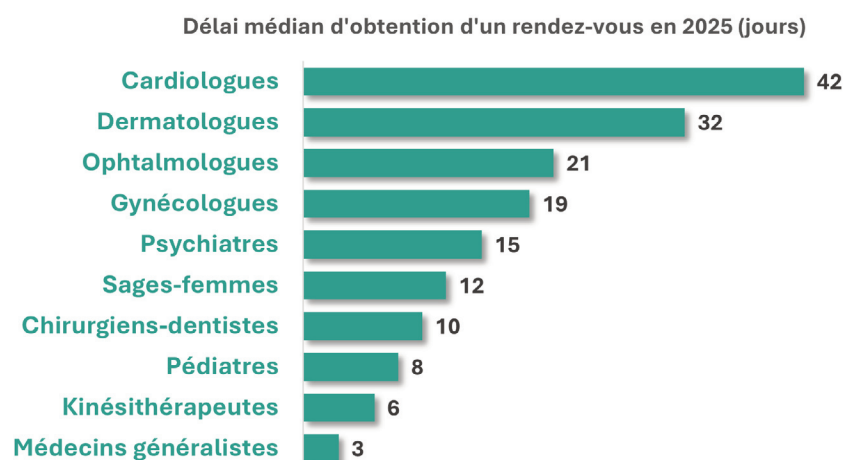
Des délais structurellement élevés dans les spécialités les moins denses

Parmi les spécialités médicales, hors médecine générale, la cardiologie enregistre le délai le plus long (42 jours), suivie de la dermatologie (32 jours), de l'ophtalmologie (21 jours), de la gynécologie

(19 jours) et de la psychiatrie (15 jours). Dans chacune de ces disciplines, plus de 70 % des rendez-vous sont obtenus au-delà de sept jours.

Ces délais reflètent des contraintes démographiques fortes : densités parmi les plus faibles (dermatologie, 3,6 pour 100 000 habitants ; cardiologie, 7,6), vieillissement marqué des effectifs et demande portée à la fois par le suivi chronique, le dépistage et la

prévention. Au regard du repère fréquemment cité de 3 semaines comme délai acceptable pour une consultation spécialisée, la cardiologie et la dermatologie se situent nettement au-delà, tandis que la psychiatrie (15 jours), la gynécologie (19 jours) et l'ophtalmologie (21 jours) s'en approchent ou restent en dessous, nuancant le diagnostic selon les spécialités.

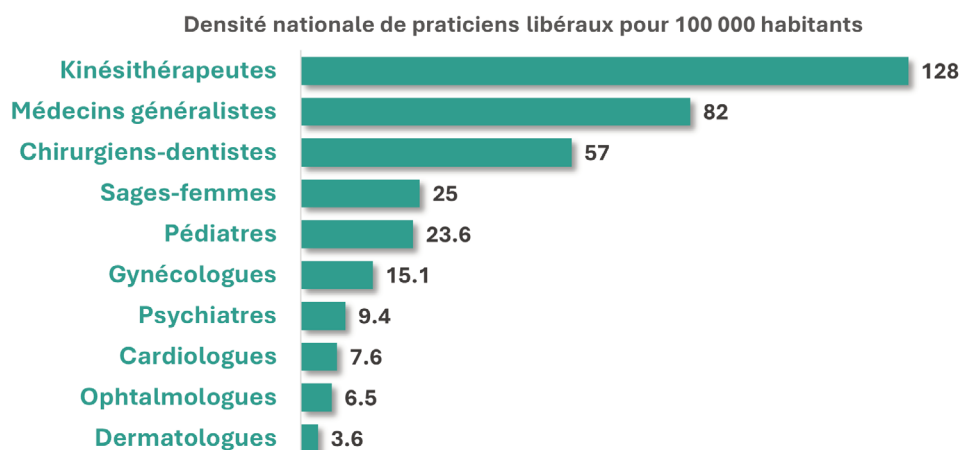


La démographie ne suffit plus à expliquer les délais : l'organisation fait la différence

La confrontation entre densités et délais révèle un découplage croissant. Les masseurs-kinésithérapeutes disposent de la plus forte densité libérale (128 pour 100 000 habitants, +32 points depuis 2015), mais leur délai médian reste stable à 6 jours. Les chirurgiens-dentistes, dont les effectifs progressent de 15 % en quinze ans, conservent un délai de 10 jours avec 59 % des rendez-vous au-delà de 7 jours. Les

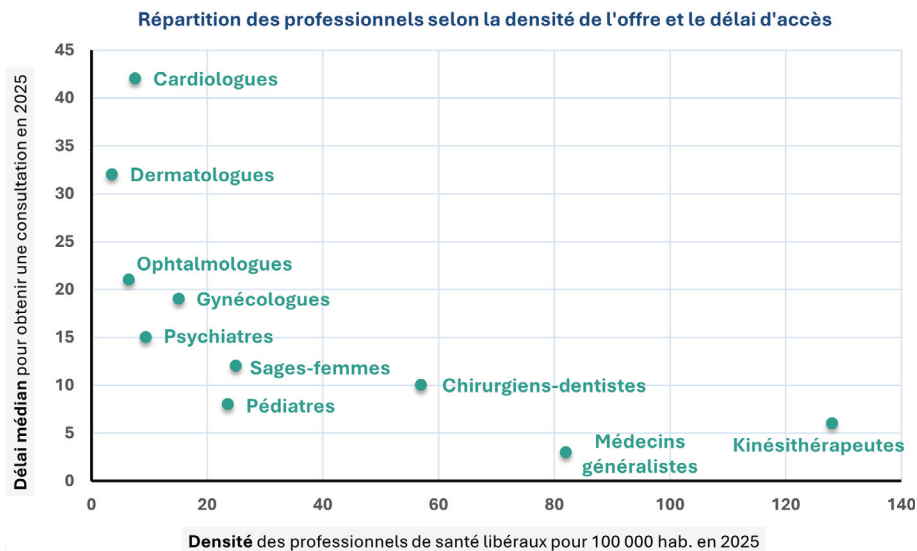
sages-femmes voient leur file active progresser de 8 % sans réduction des délais.

L'ophtalmologie fait figure d'exception remarquable : à effectifs quasi constants, le délai médian a été divisé par deux depuis 2017 (de 43 à 21 jours), principalement grâce au travail aidé (85 % des praticiens) et à la réorganisation de la filière visuelle. Ce résultat, unique parmi les dix professions étudiées, démontre que l'accès dépend autant des modes d'organisation que du volume d'effectifs.



Le graphique ci-dessous met en regard, pour chaque profession, la densité de l'offre libérale pour 100 000 habitants et le délai médian d'obtention d'un

rendez-vous en 2025. Il permet d'observer dans quelle mesure le volume de praticiens disponibles coïncide, ou non, avec un accès plus rapide aux soins.



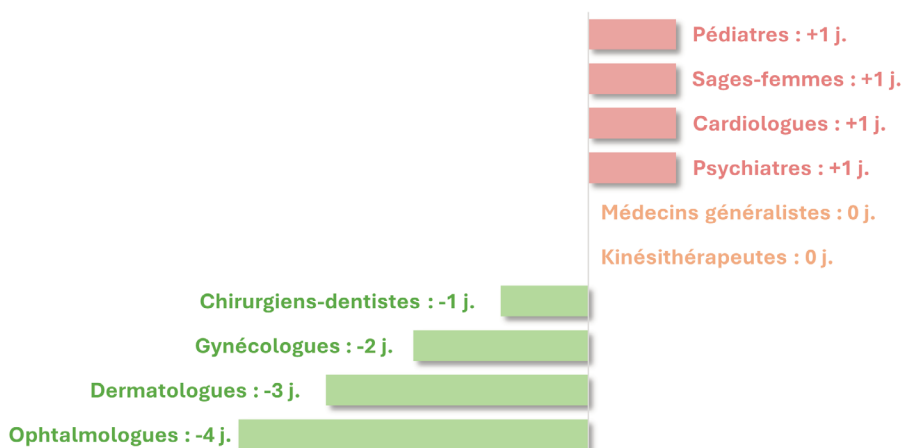
Lecture : Chaque point représente une profession. Les professions situées en haut à gauche combinent une faible densité et des délais élevés (cardiologie, dermatologie). Celles situées en bas à droite disposent d'une forte densité et de délais courts (médecins généralistes, kinésithérapeutes). L'ophtalmologie, malgré une densité parmi les plus faibles (6,5), affiche un délai modéré (21 jours), illustrant l'effet de la réorganisation de sa filière par le travail aidé.

Accès aux soins : quatre professions s'améliorent, quatre se dégradent

Entre 2023 et 2025, les trajectoires se différencient nettement. L'ophtalmologie (-4 jours), la dermatologie (-3 jours), la gynécologie (-2 jours) et la

chirurgie dentaire (-1 jour) enregistrent des améliorations. À l'inverse, la pédiatrie, les sages-femmes, la cardiologie et la psychiatrie voient leurs délais augmenter de +1 jour chacune. La médecine générale et la kinésithérapie restent stables.

Évolution du délai médian entre 2023 et 2025 (jours)



Ces trajectoires ne convergent pas vers un équilibre. Les professions qui s'améliorent sont celles qui ont engagé des transformations organisationnelles (travail aidé, télé-expertise, protocoles de coopération). Celles qui se dégradent sont confrontées à un déséquilibre structurel entre offre et demande que la seule croissance des effectifs ne parvient pas à résorber.

Ces évolutions doivent toutefois être interprétées avec prudence : un changement de méthode d'affectation géographique entre les deux éditions peut expliquer une partie des variations départementales observées, sans refléter une dégradation ou amélioration réelle de l'offre.

La téléconsultation : un levier de réponse rapide, inégalement mobilisé

La téléconsultation offre des délais nettement plus courts que le présentiel pour toutes les professions

concernées, de 0,9 jour en médecine générale à 3,8 jours en dermatologie. Elle constitue un canal d'accès rapide complémentaire : en médecine générale et en pédiatrie, plus de 60 % des téléconsultations sont obtenues en moins de 48 heures.

La psychiatrie se distingue par le taux le plus élevé (18 % de l'activité, +2,7 points depuis 2023) et le plus fort volume (829 000 actes). Le délai médian y reste cependant élevé (7,9 jours), signe que la téléconsultation y est mobilisée pour le suivi programmé plus que pour la réponse rapide.

Malgré cette progression, la téléconsultation reste marginale dans la plupart des spécialités (moins de 3 % de l'activité hors psychiatrie et médecine générale), limitant son effet structurel sur les délais d'accès. Les chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes en sont quasi absents, la nature de leurs actes nécessitant un examen physique.

Profession	Part téléconsultations/consultation	Délai médian téléconsultation (jours)	Part de téléconsultations < 48 h	Évolution part téléconsultations 2023-2025
Psychiatres	18,0 %	7,9	27 %	+2,7 pts
Généralistes	5,0 %	0,9	63 %	+0,1 pt
Pédiatres	3,3 %	1,0	61 %	+0,2 pt
Gynécologues	2,7 %	4,0	37 %	+0,2 pt
Dermatologues	2,0 %	3,8	39 %	+0,2 pt
Sages-femmes	1,5 %	1,9	52 %	+0,4 pt
Ophthalmologues	0,1 %	1,1	64 %	0 pt
Cardiologues	0,3 %	7,2	22 %	+0,1 pt

Note : Chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes exclus (téléconsultations < 0,1 % de l'activité).

Des inégalités territoriales considérables, sans schéma unique

Les écarts départementaux sont considérables. En cardiologie, le délai varie de 16 jours (Paris) à 164 jours (Gers), soit un rapport de 1 à 10. En ophtalmologie, de 5 jours (Seine-Saint-Denis) à 153 jours (Gers), soit un rapport de 1 à 30. En dermatologie, de 7 jours (Savoie) à 90 jours (Aisne). Ces inégalités ne se résument pas à une opposition

urbain-rural. Elles dessinent des géographies spécifiques à chaque profession : un arc de tension de l'Occitanie au sud du Massif central en cardiologie, une fracture Ouest-Centre en ophtalmologie, des tensions dans le Nord et le Centre-Est en dermatologie.

L'Île-de-France conserve dans la plupart des spécialités les délais les plus courts, tandis que le littoral méditerranéen présente une situation plus contrastée selon les professions.

Ces délais représentent uniquement les rendez-vous obtenus : ils sont par essence optimistes

Ces résultats mesurent les rendez-vous effectivement réalisés *via* Doctolib et ne couvrent pas l'ensemble du système de soins. Ils ne captent ni les recherches infructueuses, ni la proportion de rendez-vous non obtenus, ni le renoncement aux soins, ni les refus de nouveaux patients, ni les consultations hospitalières ou en centres de santé.

Plus un territoire est sous-doté, moins il génère de données dans Doctolib : les déserts médicaux les plus sévères sont structurellement sous-représentés

dans cette étude. Les délais présentés sous-estiment probablement la réalité vécue par les patients. De même, un délai médian de 6 jours dans un département où une large part de la population n'a pas réussi à obtenir de rendez-vous ne revêt pas la même signification qu'un délai identique dans un territoire où la demande est satisfaite.

Les soins dentaires restent ainsi le premier soin auquel les Français renoncent (17 %), et une femme sur trois ne bénéficie d'aucun suivi gynécologique régulier. C'est précisément pour compléter cette lecture que l'enquête menée auprès des patients apporte un éclairage indispensable sur les tensions invisibles dans les données d'usage.

Médecine générale

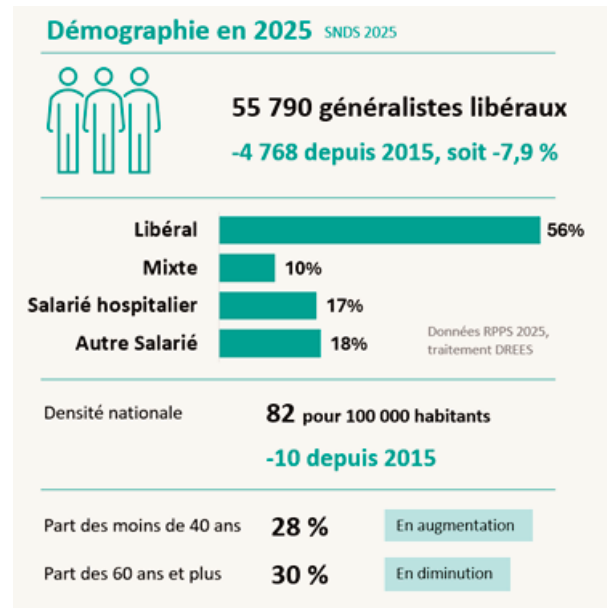
Une spécialité pivot fragilisée par l'érosion démographique

Avec 55 790 généralistes libéraux en 2025, la médecine générale libérale demeure le socle du premier recours en France, mais cette offre a perdu 4 768 praticiens depuis 2015, soit un recul de 7,9 % en dix ans (SNDS, 2025). Cette érosion traduit non seulement les départs à la retraite, mais aussi des recompositions professionnelles, certains médecins s'orientant vers des activités spécifiques ou des formes d'exercice moins centrées sur la patientèle de médecine générale. Par ailleurs, 6,5 % des médecins généralistes relèvent d'un mode d'exercice particulier (MEP), ce qui réduit encore la part des praticiens pleinement mobilisables pour le premier recours.

La médecine générale conserve une place centrale dans l'organisation des soins : elle porte le dispositif du médecin traitant, assure le suivi longitudinal des patients, coordonne les prises en charge complexes et conditionne l'accès à une large part des soins prescrits, notamment vers les professionnels paramédicaux et de nombreux spécialistes sans accès direct (Drees, 2023 ; Drees, 2024). Toute tension sur cette spécialité se répercute directement sur l'accessibilité de l'ensemble du système de santé.

La structure d'exercice libéral reste majoritaire (56 %), mais les formes mixtes et salariées progressent. La densité nationale s'établit à 82 généralistes libéraux pour 100 000 habitants, en recul de 10 points depuis 2015, ce qui traduit un affaiblissement progressif du socle territorial de premier recours, particulièrement marqué dans certains territoires ruraux et périurbains. Ce niveau se situe en dessous de la moyenne de l'Union européenne (108 pour 100 000 habitants), confirmant l'ampleur du décrochage engagé depuis le début des années 2010 (SNDS, 2025 ; Drees, 2018).

La pyramide des âges offre un signal nuancé : la part des médecins libéraux de 60 ans et plus s'établit à



30 %, en repli par rapport au pic de 33 % atteint en 2020, tandis que la part des moins de 40 ans atteint 28 %, son niveau le plus élevé jamais enregistré (SNDS, 2025). En considérant l'ensemble des modes d'exercice (libéral, mixte et salarié), la pyramide des âges apparaît plus jeune : les médecins de 60 ans et plus représentent 24 % des effectifs, tandis que les moins de 40 ans en constituent 32 % (CNOM, 2026). Ce rajeunissement progressif témoigne des effets de l'augmentation des capacités de formation, mais ne suffit pas à compenser le déficit cumulé ; les projections convergent vers une tension persistante jusqu'au milieu des années 2030 (Drees, 2022 ; PF2S, 2025).

En 2025, le solde entre nouvelles installations et départs de l'activité régulière est redevenu positif pour les médecins généralistes, avec +1 166 praticiens selon l'Atlas du CNOM publié en mars 2026. Cette inversion, après plusieurs années de solde négatif, constitue un signal encourageant, mais reste insuffisante pour compenser le recul accumulé depuis 2015 (-4 768 généralistes libéraux) et pour répondre à une demande de soins en hausse continue.

Des délais courts, mais des signaux de tension croissante

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	3	3	→ stable
Part de RDV en moins de 24 h	28 %	28 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	40 %	39 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	32 %	35 %	+ 3 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	1 493	1 419	- 5 %
Délai de téléconsultation	1	1	→ stable
Part de RDV de téléconsultation en moins de 48 h	62 %	63 %	→ stable

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin généraliste *via* Doctolib s'établit à 3 jours, un niveau stable par rapport à 2023. Cette situation traduit une accessibilité globalement rapide, cohérente avec la fonction de premier recours, mais ne reflète que la part de l'offre effectivement ouverte à la réservation en ligne. Les données Doctolib décrivent les créneaux accessibles à distance et ne couvrent pas l'ensemble des modalités d'organisation de l'activité, notamment les rendez-vous donnés directement à l'issue d'une consultation. Elles offrent ainsi une lecture partielle de l'offre, centrée sur les disponibilités accessibles en ligne, tout en constituant un indicateur pertinent de la réactivité de l'offre pour les patients.

La structure des rendez-vous met néanmoins en évidence une tension persistante : 35 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, en hausse par rapport à 2023, traduisant un allongement progressif des délais sur une partie de la demande.

Cette tension sur l'accès se prolonge dans les données de charge individuelle. Les données de l'Assurance-maladie mettent en évidence une patientèle « médecin traitant » moyenne de 1 624 patients par généraliste en 2024, avec une forte variabilité entre praticiens (CNAM, 2025). Les charges de patientèle les plus élevées concernent principalement les médecins installés de longue date, tandis que les jeunes générations s'orientent vers des volumes plus

modérés, en cohérence avec une évolution des conditions d'exercice et une attention accrue à la soutenabilité de l'activité (*Le Quotidien du médecin*, 2025 ; RéAGJIR, 2024 ; Drees, 2022). Cette évolution limite les marges d'augmentation de la capacité individuelle et contribue à expliquer la persistance des tensions sur l'accès aux soins.

Ce déficit de couverture reste significatif à l'échelle de la population : en 2023, 6,7 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant déclaré. Si le plan ALD lancé par l'Assurance-maladie a permis de faire reculer le taux de patients en affection de longue durée sans médecin traitant de 5,6 % en 2022 à 4,2 % au 30 juin 2025, cet infléchissement reste partiel au regard de l'ampleur du déficit d'offre de premier recours (Assurance-maladie, 2025 ; CNOM, 2026).

C'est précisément parce que toute contrainte sur la capacité de suivi est susceptible de produire un effet de cascade sur l'ensemble de la chaîne d'accès aux soins, y compris paramédicaux et spécialisés, que les leviers organisationnels disponibles méritent d'être pleinement mobilisés (Drees, 2018 ; Insee, 2023). Dans ce contexte, la téléconsultation constitue un levier de réactivité, avec un délai de 1 jour et 63 % de rendez-vous obtenus en moins de 48 heures, permettant d'absorber certains motifs simples ou suivis, sans modifier structurellement la capacité globale de prise en charge (Cour des comptes, 2025).

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

La cartographie départementale confirme qu'en 2025, la médecine générale présente des délais courts à l'échelle nationale, avec un délai de 3 jours. 78 % des départements se situent entre 1 et 5 jours, tandis que 19 % présentent des délais compris entre 6 et 7 jours, et une minorité dépasse 8 jours. Cette distribution atteste d'un premier recours encore largement fonctionnel.

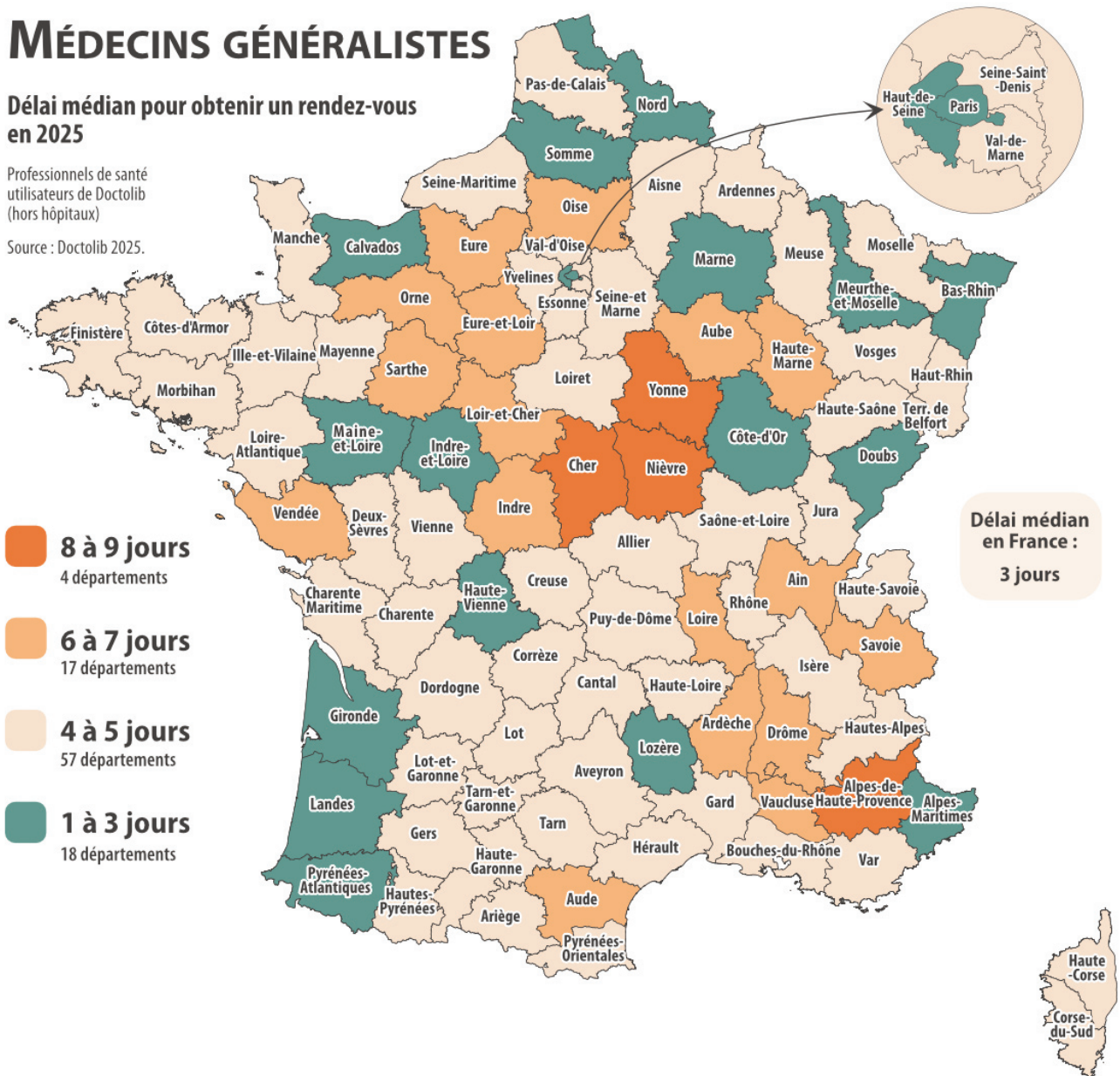
Cette photographie masque toutefois une dégradation diffuse et progressive. Entre 2023 et 2025, 47 % des départements enregistrent une hausse des délais, 49 % restent stables et seulement 4 % connaissent une amélioration. La stabilité nationale repose ainsi sur des mécanismes de compensation territoriale, alors qu'une part croissante de territoires voit ses délais s'allonger.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Les écarts observés ne renvoient pas à une opposition simple entre espaces urbains et ruraux. Ils traduisent des dynamiques locales différenciées, liées à la démographie médicale, aux conditions d'exercice et à l'organisation de l'offre. Certains territoires du centre (Yonne, Cher, Nièvre) et les Alpes-de-Haute-Provence enregistrent les délais les plus élevés, tandis que le sud de la façade atlantique et l'Ouest francilien conservent des délais plus courts, sans qu'un gradient unique ne permette de résumer la situation.

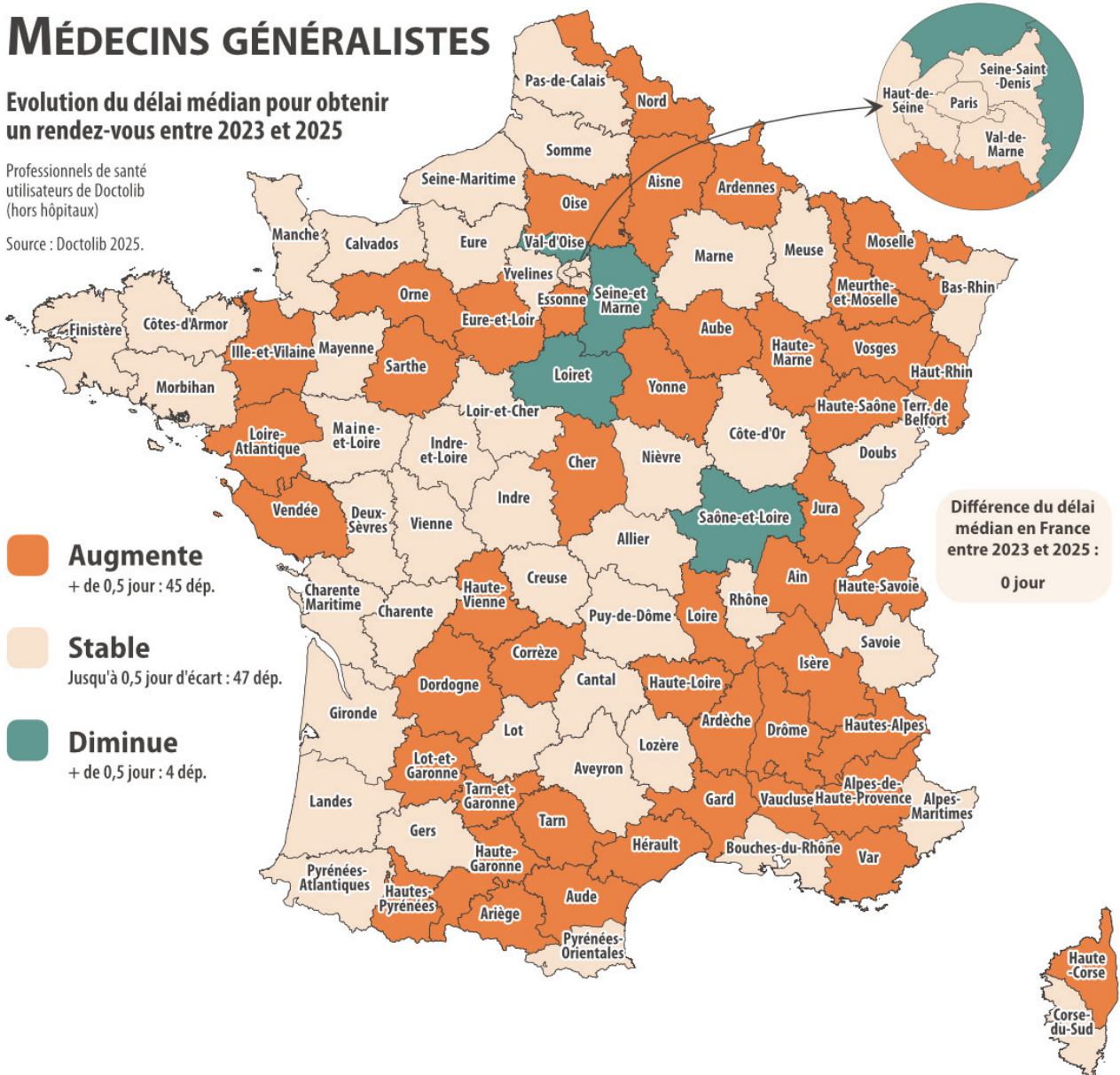
Dans ce contexte, la médecine générale constitue un indicateur avancé de tension du système de soins. Dans les territoires où les délais s'allongent, ce n'est pas seulement l'accès au médecin traitant qui se fragilise, mais aussi l'accès à l'ensemble des soins prescrits. Les évolutions observées traduisent ainsi des déséquilibres susceptibles de se diffuser à l'ensemble de la chaîne d'accès aux soins.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Enjeux et leviers d'évolution de la profession

Face à ces tensions structurelles, les leviers mobilisés visent moins à augmenter rapidement le volume d'offre qu'à optimiser l'organisation du premier recours.

Les assistants médicaux constituent un levier central de libération du temps médical, en prenant en charge une partie des tâches administratives et logistiques, avec pour objectif d'augmenter la capacité de prise en charge des médecins.

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) structurent une réponse collective à l'échelle locale, notamment pour les soins non programmés, la continuité des soins et la coordination entre acteurs. Elles contribuent à organiser des dispositifs d'accès coordonné, particulièrement dans les territoires où la démographie médicale est la plus fragile.

La télé médecine recouvre en réalité deux leviers distincts, aux effets différents sur l'accès aux soins. La téléconsultation constitue d'abord un outil d'accès rapide pour les patients : en médecine générale, le délai médian est de 1 jour en téléconsultation contre 3 jours en présentiel, et 63 % des téléconsultations sont obtenues en moins de 48 heures. Elle peut ainsi faciliter certains renouvellements de traitement, suivis

simples ou prises en charge ponctuelles, sans se substituer à une présence médicale de proximité (Cour des comptes, 2025). La téléexpertise agit à un autre niveau : elle permet au médecin traitant d'obtenir un avis spécialisé sans adresser systématiquement le patient vers une consultation présenteielle. Elle constitue donc avant tout un levier d'efficience des parcours, susceptible de limiter une partie de la pression exercée sur des agendas spécialisés déjà saturés.

Au-delà de ces dispositifs, l'enjeu central réside dans la capacité du système à maintenir un premier recours fonctionnel dans un contexte de contraction relative du temps médical disponible. L'augmentation du nombre de postes d'internat, qui atteint près de 3 600 en 2025-2026, constitue un levier démographique majeur, mais ses effets dépendront des conditions d'installation et d'exercice des jeunes médecins. L'amélioration durable de l'accès aux soins repose ainsi moins sur le volume global d'effectifs que sur leur répartition territoriale, leurs modes d'exercice et leur inscription dans des organisations collectives. À défaut, les écarts territoriaux d'accès aux soins sont susceptibles de se maintenir, voire de s'accroître.

Références bibliographiques

1. *Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025*, « Fiche 04 : Les soins des médecins généralistes », Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2025, pp. 42-47.
2. *Panorama de la démographie des professionnels de santé en 2025*, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2025.
3. *Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2025*, Insee, 25 septembre 2025.
4. Blandine Legendre, *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 millions d'habitants*, Études et Résultats, Drees, 2018.
5. *Un tiers des médecins généralistes, et plus de la moitié de leurs patients, collaborent régulièrement avec les infirmières et infirmiers*, Études et Résultats, n°1282, Drees, octobre 2023.
6. Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc, *Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle*, Études et Résultats, n°1301, Drees, 2024.
7. *Patientèle "médecin traitant" moyenne des médecins généralistes par territoire*, CNAM, Data Ameli, 2025.
8. *Les médecins généralistes ne suivent-ils "que" 1 000 patients en moyenne ? Décryptage*, Egora, 2022.
9. Cyrille Dupuis et Anne Bayle-Iniguez, « Les jeunes travaillent moins que leurs aînés... mais pas tant que ça », *Le Quotidien du médecin*, 2025.
10. *Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes*, RéAGJIR, septembre 2024.
11. Charles Battesti et Isabelle Delhomme, *L'accès aux soins se dégrade dans les zones rurales*, Insee, n°137, 2026.
12. *Rapport d'information n° 1180 sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins*, Assemblée nationale, 25 mars 2025.
13. *Question écrite n° 13189 : Étude d'impact des CPTS et assistants médicaux*, Journal officiel du 24 février 2026, Assemblée nationale, 2026.
14. *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*, Études et Résultats, n°1229, Drees, mai 2022.
15. *Les téléconsultations : une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, rapport public de la Cour des comptes, avril 2025.

ACCÈS AUX SOINS : NOUS TENONS ENCORE, MAIS À QUEL PRIX ?



Dr Nicolas HOMEHR

Médecin traitant (Haute-Garonne),
président de CPTS, président
départemental MG France (31),
expert IA & santé

Une stabilité qui masque une dégradation silencieuse

Depuis plusieurs années, le débat sur l'accès aux soins oscille entre deux visions : un système qui s'effondre ou un système qui tient. La réalité est plus exigeante : le système tient encore, mais sous tension permanente.

Les données récentes le confirment. En médecine générale, les délais restent globalement courts, avec un délai médian autour de 3 jours et près de 40 % des rendez-vous en moins de 48 heures. Mais cette stabilité est trompeuse. Les rendez-vous à plus de 7 jours augmentent, les files actives diminuent et les tensions territoriales s'accroissent. Nous sommes entrés dans une phase de dégradation silencieuse.

Le déséquilibre entre offre et demande devient structurel

Le problème n'est plus uniquement démographique. Oui, le nombre de médecins est sous pression, avec un vieillissement marqué de la profession. Mais surtout, le temps médical disponible diminue. Notre métier a profondément évolué : plus de coordination, plus de complexité, plus d'administratif, plus de suivi de patients chroniques. Dans le même temps, les besoins explosent sous l'effet du vieillissement, de

l'augmentation des maladies chroniques et d'attentes légitimes plus fortes des patients.

Coordination et numérique : des réponses structurelles

Face à cela, les professionnels de santé ont déjà engagé une transformation profonde. Nous travaillons davantage en équipe, en coordination, en réseau. Nous avons intégré de nouveaux outils comme la téléconsultation et la télé-expertise. Nous avons commencé à déléguer.

Les assistants médicaux constituent un levier immédiat et efficace : ils redonnent du temps médical utile, améliorent l'organisation et permettent de voir plus de patients sans dégrader la qualité. Les infirmiers en pratique avancée (IPA) jouent un rôle clé dans le suivi des patients chroniques et la coordination des parcours. Pourtant, leur déploiement reste insuffisant. Leur modèle économique n'est pas à la hauteur de leur utilité. C'est une erreur stratégique.

La coordination n'est plus une option. Les CPTS, les maisons de santé et les équipes pluriprofessionnelles ne sont pas des dispositifs annexes : ce sont des réponses structurelles. Elles permettent de mieux répartir les tâches, d'éviter les ruptures de parcours et d'adapter l'offre aux besoins des territoires.

Les outils numériques jouent également un rôle déterminant. La télé-expertise améliore concrètement l'accès aux spécialistes, réduit les délais et sécurise les décisions. Dans certaines spécialités, elle est devenue un véritable *game changer*. La téléconsultation apporte souplesse et réactivité, notamment pour les soins non programmés.

Demain, l'intelligence artificielle amplifiera ces transformations. Elle peut aider à mieux orienter, prioriser, organiser et fluidifier les parcours. Elle ne remplacera pas les médecins, mais elle peut améliorer l'efficacité du système dans un contexte de rareté du temps médical.

Un moment charnière pour transformer le système de santé

Malgré ces tensions, il faut le rappeler : la qualité des soins en France reste élevée. Elle repose sur un engagement exceptionnel des professionnels. Mais cet engagement a un coût. Le travail médical

s'est profondément durci en dix ans : plus intense, plus complexe, plus fragmenté, plus exigeant.

Ce modèle ne pourra pas tenir indéfiniment sur la seule conscience professionnelle des soignants. Nous sommes aujourd'hui à un moment charnière. Il ne s'agit plus de corriger à la marge, mais de transformer le système. Cela suppose :

- d'investir massivement dans les assistants médicaux ;
- de structurer et financer les IPA ;
- de généraliser l'exercice coordonné ;
- d'accélérer la télé-expertise ;
- d'intégrer pleinement l'intelligence artificielle.

Le sujet n'est plus seulement le nombre de médecins. Il est devenu celui de la capacité collective à soigner.

C'est à cette condition que nous pourrons maintenir un accès aux soins efficace, équitable et durable pour nos patients.

MÉDECINE GÉNÉRALE : DEUX PARADOXES POUR COMPRENDRE LA CRISE D'ACCÈS AUX SOINS



Dr Jean-Michel LEMETTRE

Spécialiste en médecine générale
(Indre-et-Loire), président du
GRADeS Centre-Val de Loire,
référent e-santé CSMF

Plusieurs études, dont les Cartes de France 2026 de l'accès aux soins présentées ici, permettent une évaluation de plus en plus fine de l'offre de soins. Un premier paradoxe apparaît : les indicateurs globaux s'améliorent lentement, tandis que le ressenti des patients comme des professionnels continue de se dégrader rapidement.

Premier paradoxe : des chiffres encourageants, une réalité qui se dégrade

Prenons un peu de recul : en 1990, la France comptait environ 82 000 médecins généralistes, soit 141 pour 100 000 habitants. En 2025, ils sont 100 019, soit 149 pour 100 000 habitants. À première vue, la densité est assez stable, plutôt en progression. Pourtant, le discours est passé d'une crainte de « pléthore médicale » à celle de « désertification », désormais présente dans tous les territoires, y compris urbains.

Ce renversement souligne les limites d'une lecture strictement quantitative. Le véritable enjeu n'est plus seulement le nombre de médecins, mais le volume de temps médical réellement disponible pour les patients.

L'exercice de la médecine a progressivement évolué. En 1990, près de 90 % des médecins généralistes exerçaient en libéral exclusif, incarnant un modèle de « médecin de famille » de proximité. En 2025, 56 % des médecins généralistes

seulement ont une patientèle comme médecins traitants. L'exercice s'est diversifié : salariat, centres de santé, activité hospitalière partielle, régulation, centres de soins non programmés... Cette évolution sociétale, multifactorielle, légitime, s'accompagne toutefois d'une fragmentation du temps médical.

La conséquence est directe : une diminution du temps médical consacré au suivi longitudinal, en particulier pour les patients âgés et polyopathologiques. À effectif comparable, la capacité réelle de prise en charge diminue, alors même que les besoins augmentent sous l'effet du vieillissement, de la chronicité et de la complexité des parcours.

La médecine générale s'organise désormais autour du rendez-vous, intégrant souvent des créneaux de soins non programmés. Les délais d'accès restent globalement contenus, mais au prix d'une forte tension organisationnelle. Les médecins généralistes doivent également gérer les difficultés d'accès aux autres spécialités, renforçant encore cette pression.

La téléconsultation, stable autour de 5 % des actes, ne transforme pas structurellement l'offre. En revanche, la télé-expertise constitue un levier très prometteur d'amélioration de la coordination entre premier et second recours.

Ainsi, malgré des indicateurs démographiques en apparence améliorés, la crise d'accès aux soins

persiste et s'aggrave. Elle tient donc moins au nombre de médecins qu'à l'organisation concrète de leur activité et à la disponibilité effective du temps médical.

Un écosystème numérique encore trop morcelé

Le niveau de déploiement actuel du numérique en santé met en évidence un second paradoxe. Conçus pour simplifier les pratiques, les outils du numérique en santé sont souvent perçus comme une source de complexité, de perte de temps et de charge mentale supplémentaire.

Concrètement, le médecin dispose à côté de son logiciel de gestion de cabinet de diverses plateformes, qu'elles soient nationales pour gérer les échanges et le partage d'informations concernant son patient (Mon Espace santé, la Messagerie sécurisée de Santé, Ameli Pro, le Répertoire opérationnel des ressources, Via Trajectoire...) que territoriales (programme e-parcours, télémédecine, imagerie, laboratoires...). Cette multiplicité fragmente les usages et complexifie l'accès à l'information au lieu de la simplifier.

L'interopérabilité, condition *sine qua non* de l'appropriation

Face au patient, avoir accès de façon fluide et immédiate à l'ensemble des données utiles à la décision médicale *via* le logiciel de gestion de cabinet serait un véritable gain en termes de

pertinence et donc d'efficacité des soins. Le temps consacré à rechercher, renommer ou classer l'information ne relève pas du soin.

L'intelligence artificielle prendra de façon certaine une place croissante dans notre pratique mais l'enjeu prioritaire aujourd'hui demeure l'interopérabilité des différents systèmes. Les logiciels de gestion de cabinet doivent pouvoir intégrer ces différents services ou s'interfacer simplement avec eux. La cohérence globale de l'écosystème du numérique en santé constitue une condition essentielle de son appropriation par les professionnels au bénéfice des patients.

Deux priorités pour transformer le système

Dans ce contexte, deux orientations s'imposent.

La première consiste à renforcer l'attractivité du métier de médecin traitant sur tous les territoires. Cela implique de réduire la charge administrative, de sécuriser le temps médical, de valoriser le suivi longitudinal et de permettre des organisations d'exercice adaptées. L'enjeu est à la fois qualitatif et organisationnel.

La seconde concerne l'urbanisation du numérique en santé. L'empilement d'outils ne peut constituer une réponse durable sans une logique centrée sur les usages. Le logiciel de gestion de cabinet doit devenir le point d'entrée structurant des flux d'information. C'est à cette condition que le numérique pourra pleinement soutenir la pratique médicale.

Pédiatrie

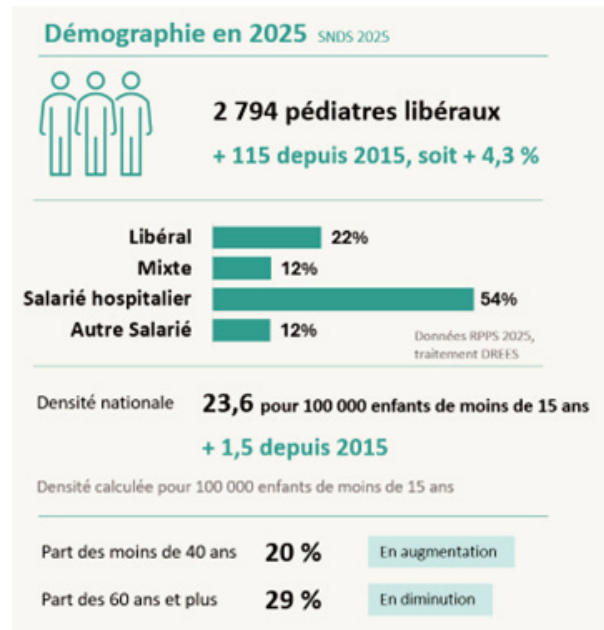
Une hausse limitée face à une sous-densité et à un vieillissement marqués

Avec 2 794 pédiatres libéraux en 2025, la spécialité a progressé de +115 praticiens de-puis 2015, soit +4,3 % en dix ans (SNDS, 2025). Cette dynamique reste limitée au regard des besoins croissants en prévention, suivi et repérage précoce, notamment en santé de l'enfant. Elle contraste avec la dynamique globale des effectifs médicaux sur la même période, sans pour autant lever les tensions d'accès qui caractérisent la spécialité depuis plusieurs années.

Les besoins pédiatriques continuent de croître, portés par le suivi du développement de l'enfant, la prise en charge des maladies chroniques et le repérage précoce des troubles neurodéveloppementaux. En soins primaires, la prévalence d'au moins une maladie chronique avant 18 ans atteint environ 40 %, avec une fréquence élevée de pathologies telles que l'asthme, le diabète de type 1 ou les troubles des fonctions cognitives (Santé publique France, 2024 ; BEH, 2024). Cette évolution renforce mécaniquement la pression sur une offre dont la progression reste insuffisante.

La principale fragilité de la spécialité réside dans sa structure d'exercice majoritairement hospitalière : en 2025, 54 % des pédiatres exercent comme salariés hospitaliers, contre seulement 22 % en libéral exclusif, les autres se répartissant entre exercice mixte et autres formes de salariat (Drees, 2025). Cette organisation limite la capacité de réponse en ville, alors même que la pédiatrie assure une part importante du premier recours spécialisé, notamment pour les consultations de suivi, les bilans de développement et les prises en charge aiguës non hospitalisées.

La densité nationale s'établit à 23,6 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, en progression de 1,5 point depuis 2015, mais toujours inférieure aux niveaux observés dans de nombreux pays européens.



Le Syndicat national des pédiatres français estimait ainsi en 2020 un ratio d'un pédiatre pour 6 000 enfants en France, contre environ un pour 1 500 en Europe (SNPF, 2020). Cette comparaison doit être nuancée en raison de l'hétérogénéité des systèmes de soins, certains pays reposant davantage sur les pédiatres pour le suivi de l'enfant. Néanmoins, la sous-dotation de la pédiatrie libérale en France demeure réelle et documentée (IGAS, 2024).

La pyramide des âges offre un signal nuancé : 29 % des pédiatres libéraux ont 60 ans ou plus (proportion en diminution) tandis que la part des moins de 40 ans s'établit à 20 %, en augmentation (SNDS, 2025). La lecture de l'ensemble des modes d'exercice (libéral, mixte et salarié) conduit toutefois à un constat bien plus favorable : les médecins de 60 ans et plus représentent seulement 16 % des effectifs, contre 35 % pour les moins de 40 ans (CNOM, 2026). Cette structure démographique plus favorable que celle de la médecine générale réduit le risque de départs massifs à court terme, sans pour autant compenser les déséquilibres entre offre hospitalière et offre de ville qui conditionnent directement l'accès aux soins de proximité.

Des délais qui s'allongent dans un contexte déjà tendu

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	7	8	+ 1 jour
Part de RDV en moins de 24 h	31 %	30 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	39 %	37 %	- 3 %
Part de RDV à plus de 7 jours	50 %	53 %	+ 3 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	1 156	1 099	- 5 %

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un pédiatre libéral s'établit à 8 jours, en hausse d'une journée par rapport à 2023. Ce niveau, sensiblement supérieur à celui observé en médecine générale, positionne la pédiatrie parmi les spécialités de premier recours spécialisé où les délais sont les plus contraints.

Au-delà de la médiane, la structure des rendez-vous confirme une tension croissante : 53 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, en progression par rapport à 2023. Cette configuration est particulièrement sensible dans une spécialité sollicitée pour des motifs variés, allant du suivi programmé à des situations nécessitant une réponse rapide. Si un délai d'une semaine peut être acceptable pour un suivi, il devient plus contraignant pour des situations intermédiaires nécessitant une prise en charge dans des délais courts.

Les données doivent être interprétées à la lumière de leur périmètre. Ces données renseignent l'accès visible à la réservation en ligne, sans mesurer l'ensemble des modalités de prise en charge organisées

directement par les praticiens. Elles constituent un indicateur pertinent de la réactivité de l'offre disponible pour les familles.

La file active annuelle s'établit à 1 099 patients par praticien, en légère baisse par rapport à 2023. Cette évolution ne traduit pas une diminution des besoins, mais plutôt un ajustement de la charge de patientèle dans un contexte de complexification des prises en charge. Elle s'inscrit également dans un effet générationnel : les données de l'Assurance-maladie montrent des écarts significatifs entre jeunes pédiatres et praticiens plus expérimentés, ce qui contribue à expliquer les évolutions observées (CNAM, 2025).

Enfin, l'organisation du système joue un rôle structurant. La pédiatrie libérale ne participe pas à la permanence des soins ambulatoires, ce qui concentre une partie de la demande de soins non programmés sur les créneaux ordinaires. La téléconsultation, limitée à 3,3 % des rendez-vous, reste marginale en raison des contraintes propres à l'examen clinique de l'enfant.

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 8 jours, mais les écarts sont marqués. 23 % des départements présentent des délais inférieurs ou égaux à 7 jours, 43 % se situent entre 8 et 14 jours, tandis que 32 % atteignent 15 à 30 jours. Un seul département dépasse 30 jours (Côtes-d'Armor, 48 jours).

Centre-Est (Saône-et-Loire, Vienne), tandis que l'Île-de-France et le Sud (Aude, Vaucluse, Pyrénées-Orientales) conservent des niveaux plus favorables. Ces écarts traduisent des dynamiques locales d'attractivité et de densité de l'offre qui ne se résument pas à une opposition urbain-rural.

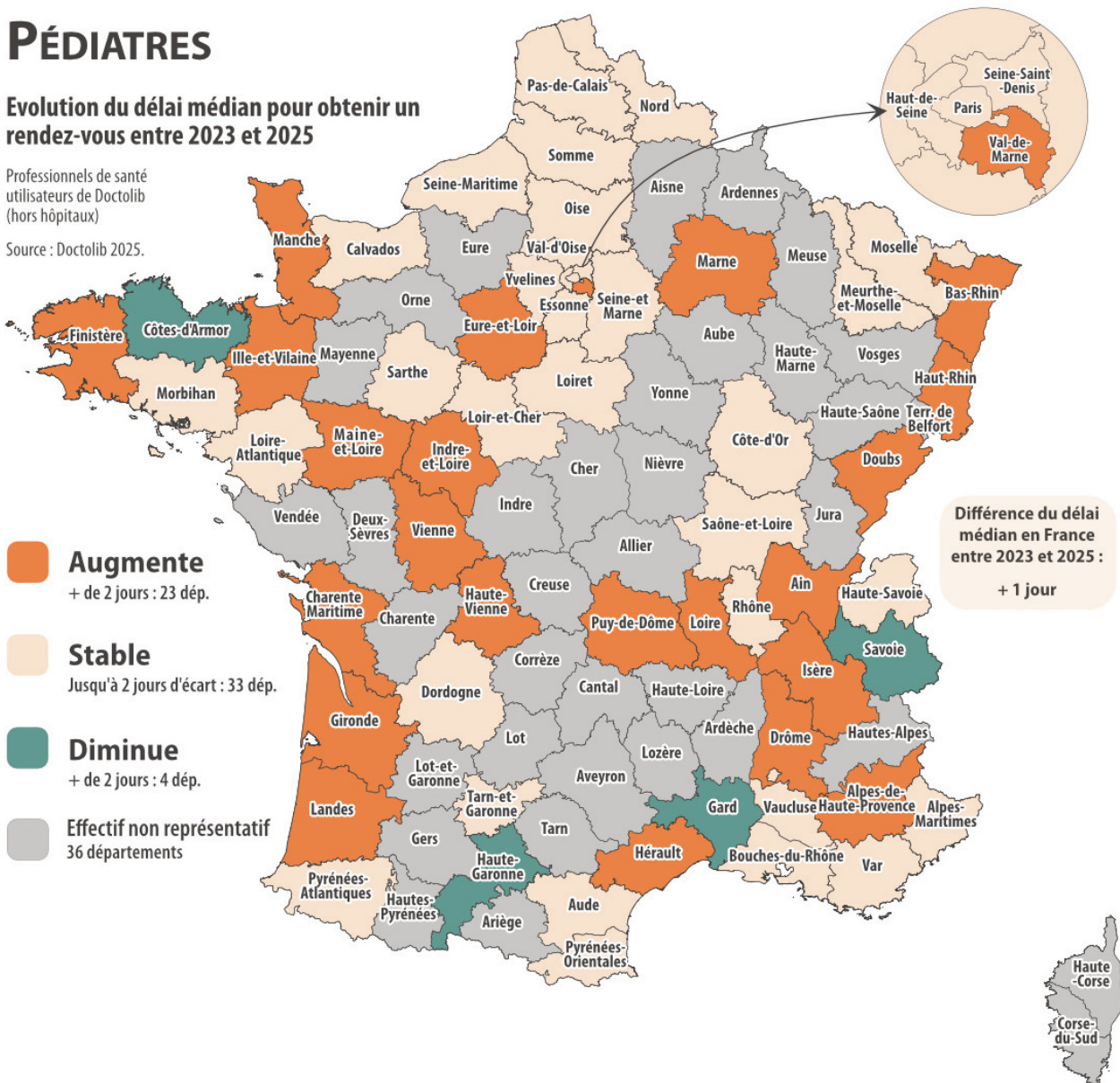
Les délais les plus élevés s'observent dans le Nord-Ouest (Côtes-d'Armor, Pas-de-Calais) et dans le

PÉDIATRES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Sur la période 2023-2025, 38 % des départements enregistrent une hausse des délais, 55 % restent stables et seulement 7 % connaissent une amélioration. Les dégradations les plus marquées concernent la Vienne (+13 jours), la Haute-Vienne et la Charente-Maritime (+9 jours), ainsi que la façade atlantique (Manche, Finistère, Gironde). L'ensemble dessine une dégradation diffuse, peu compensée à court terme, confirmant la fragilité de l'accès à la pédiatrie libérale dans de nombreux territoires.

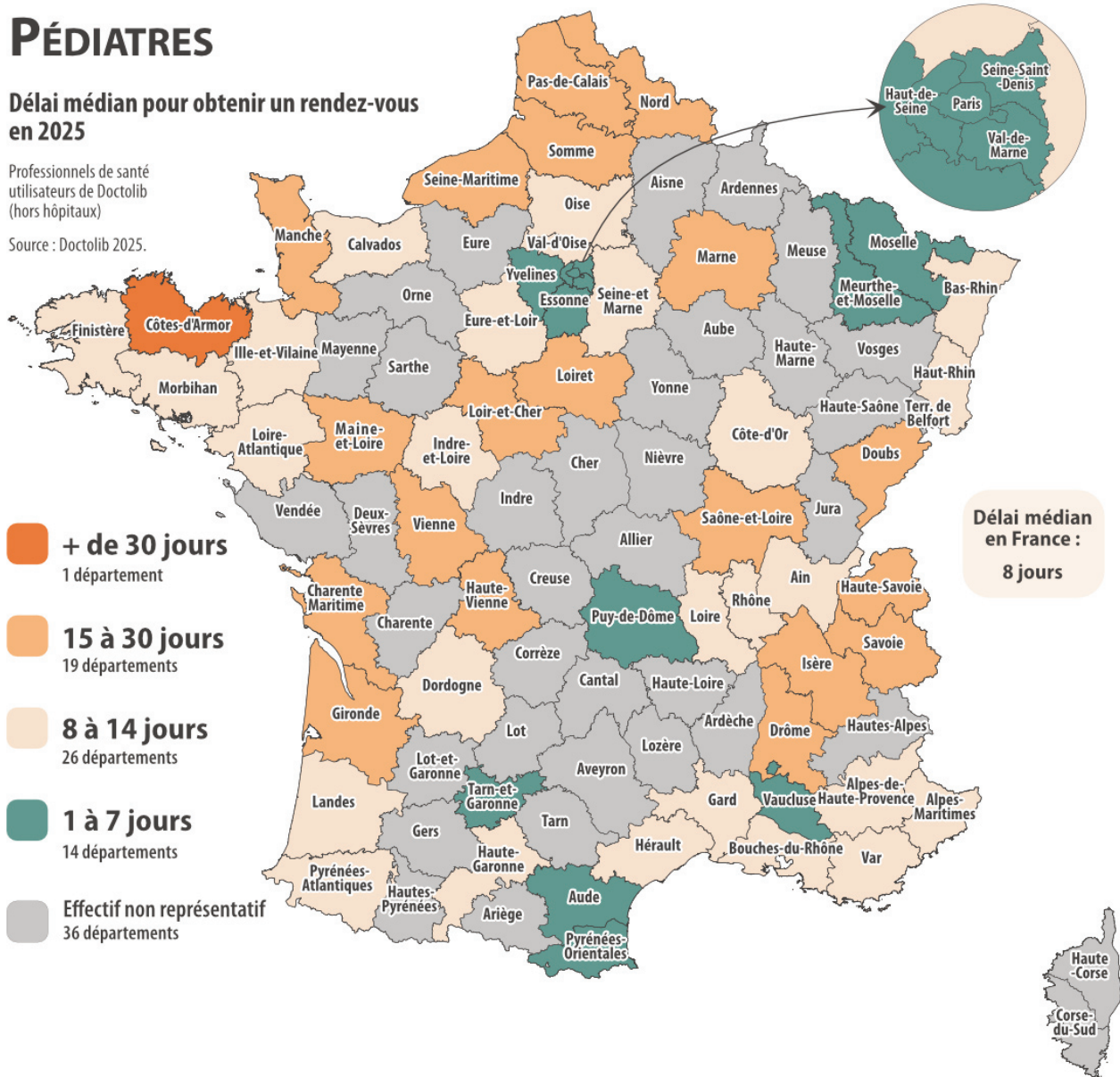
Dans un contexte où seulement 22 % des pédiatres exercent en libéral, les délais observés en ville reflètent moins un dysfonctionnement isolé qu'une conséquence structurelle de la répartition des modes d'exercice. L'allongement des délais dans des départements disposant pourtant de CHU (Gironde, Vienne, Haute-Vienne, Finistère) suggère que la présence hospitalière ne suffit pas à compenser la faiblesse de l'offre de ville, et que l'enjeu se situe dans l'articulation entre les deux.

PÉDIATRES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

Face à ces tensions, la feuille de route « Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 » structure l'action publique autour de la prévention, de l'organisation des soins, de la santé mentale et de la recherche (Ministère de la Santé, 2024). Elle prévoit notamment le renforcement du repérage précoce et de la prise en charge des troubles du développement, ainsi qu'un appui accru aux structures de proximité.

Le levier le plus structurant pour l'offre libérale réside dans le développement des équipes de soins spécialisés (ESS) associant pédiatres, infirmiers et autres professionnels impliqués dans le suivi de l'enfant au sein de maisons et centres de santé pédiatriques ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec un axe « santé de l'enfant » (CNAM, 2024). En organisant les parcours, en graduant les prises en charge entre ville et hôpital et en répartissant mieux la charge de suivi, elles constituent le cadre dans lequel les autres leviers peuvent produire des effets durables sur l'accès aux soins de premier recours pédiatrique.

Le renforcement de la prévention et des suivis précoces constitue un deuxième levier complémentaire, en agissant directement sur la demande adressée aux pédiatres libéraux. Une meilleure articulation entre pédiatres, Protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire et dispositif des 1 000 jours permet de détecter plus tôt les troubles du développement, de réduire les passages évitables aux urgences et de décharger les consultations de suivi courant au profit des situations qui nécessitent une expertise spécialisée (IGAS, 2024).

Dans ce cadre organisationnel renforcé, les infirmiers en pratique avancée (IPA) peuvent jouer un rôle de délestage pour le suivi des enfants atteints de pathologies chroniques stabilisées, depuis le décret du 20 janvier 2025, qui leur confère un accès direct et des capacités de prescription élargies (Ministère de la Santé, 2025). En pédiatrie, ce levier reste cependant embryonnaire : il n'existe pas de mention IPA dédiée à l'enfant, et avec seulement 3 973 IPA diplômés toutes mentions confondues à l'échelle nationale en 2025, les effectifs demeurent très en deçà des besoins (UNIPA, 2026).

Ces évolutions organisationnelles s'inscrivent dans un contexte démographique favorable à moyen terme. Le solde de la spécialité reste positif (599 entrants pour 334 sortants en 2025, soit +265 pédiatres) et la diminution de la part des praticiens âgés de 60 ans ou plus, désormais de 29 %, réduit le risque d'une baisse rapide des effectifs (CNOM, 2026). Pour autant, ces évolutions ne garantissent pas une amélioration immédiate de l'accès aux soins. La contrainte principale réside moins dans le volume de pédiatres que dans leur répartition entre exercice hospitalier et exercice libéral. Sans évolution de la part de l'exercice ambulatoire (aujourd'hui limitée à 22 %), les gains démographiques ne se traduiront que partiellement en capacité supplémentaire de prise en charge en ville. L'amélioration de l'accès repose ainsi sur la combinaison de ces leviers organisationnels et d'une attractivité renforcée de l'exercice libéral.

Références bibliographiques

1. *Atlas de la démographie médicale en France. Tome 1*, Tableau de l'Ordre, situation au 1^{er} janvier 2025, CNOM, 2025.
2. *Atlas de la démographie médicale en France. Tome 2 : approche territoriale des spécialités médicales*, Tableau de l'Ordre, situation au 1^{er} janvier 2026, CNOM, 2026.
3. *Santé mentale des enfants de 3 à 6 ans, résultats de l'étude Enabee*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), Santé publique France, 10 décembre 2024.
4. *Pathologies et désavantage social des moins de 18 ans en France*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 1, Santé publique France / BEH, 2024.
5. *Panorama de la téléconsultation : pratiques et usages en France*, Document de référence, Doctolib, 2025.
6. Christèle Gras Le Guen et Adrien Taquet, *Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale*, Rapport du Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, Ministère chargé de la Santé et de la Prévention, 2024.
7. *Feuille de route Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030*, présentée le 24 mai 2024, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2024.
8. François Petty et Cyrille Dupuis, « Assises de la pédiatrie : ce qu'il faut retenir du plan du gouvernement », *Le Quotidien du médecin*, 24 mai 2024.
9. *Décret du 20 janvier 2025 relatif à l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux*, Journal officiel de la République française, Ministère de la Santé, 2025.
10. *Convention médicale 2024-2029 - titre 5 : Équipes de soins spécialisés*, Assurance-maladie, CNAM, 2024.
11. *Disparition programmée de la pédiatrie : quel avenir pour la prise en charge des enfants ?*, SNPF, 1^{er} décembre 2020.
12. *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2024.
13. *Bilan national des infirmiers en pratique avancée 2025*, Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA), 2026.

PÉDIATRIE LIBÉRALE : DES DONNÉES QUI CONFIRMENT CE QUE NOUS VIVONS AU QUOTIDIEN



Dr Andreas WERNER

Pédiatre (Gard), ancien président de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), trésorier de l'European Confederation of Primary Care Pediatricians (ECPCP)

Pour la première fois, une étude fondée sur 230 millions de consultations analysées permet de mesurer avec précision ce que les pédiatres libéraux constatent depuis des années dans leurs cabinets. Les résultats publiés par Doctolib et la Fondation Jean-Jaurès ne surprendront pas les praticiens : avec un délai médian de 8 jours pour obtenir un rendez-vous, en hausse d'un jour par rapport à 2023, et 53 % des consultations programmées au-delà d'une semaine, la pédiatrie libérale enregistre l'une des dégradations les plus constantes parmi les dix professions étudiées.

La France, parmi les pays européens les moins bien dotés

Un premier constat structurel s'impose : en pédiatrie ambulatoire, la France figure parmi les pays les moins bien dotés d'Europe. Alors qu'un pédiatre libéral suit en moyenne 900 à 1 000 enfants en Italie (selon le ministère italien de la Santé) et 1 100 à 1 300 en Suisse (selon la FMH), ce chiffre atteint 4 000 à 5 000 enfants par praticien en France, soit quatre à cinq fois plus. L'Allemagne, avec environ 2 200 à 2 400 enfants par pédiatre conventionné ambulatoire (selon les chiffres de 2024 de KBV), se situe elle aussi très en dessous. Cette sous-densité chronique, amplifiée par la faible part du libéral dans la profession,

structure l'ensemble des difficultés d'accès documentées par l'étude.

L'évolution des pratiques : un impact mécanique sur l'offre disponible

Un second facteur mérite d'être nommé sans faux-semblant. Un praticien libéral installé récemment réalise probablement deux tiers du volume de consultations d'un confrère installé trente ans plus tôt. Ce n'est ni un jugement ni une critique : c'est une transformation profonde et légitime de l'exercice médical. La qualité de vie, l'équilibre familial, la prévention de l'épuisement professionnel sont des priorités que les nouvelles générations de pédiatres s'accordent, et elles ont raison, mais cela a un impact mécanique sur l'offre disponible et explique en partie l'écart entre la progression des effectifs (+4,3 % depuis 2015) et la dégradation continue des délais d'accès.

Un horizon à court terme sous tension

Sur les perspectives, il faut être lucide. Former de nouveaux pédiatres prend dix ans. Les années à venir s'annoncent donc difficiles. L'idée, parfois avancée, de confier davantage le suivi pédiatrique aux médecins généralistes ne constitue pas une réponse adaptée : ces derniers font face à leurs

propres tensions, notamment dans la prise en charge du vieillissement de la population.

Des réponses concrètes et disponibles dès aujourd'hui

C'est pourquoi les leviers organisationnels disponibles aujourd'hui prennent toute leur importance. Les Équipes de soins spécialisées (ESS) permettent de mieux structurer l'offre en ville, tout en ouvrant aux médecins généralistes qui suivent des enfants un accès facilité à une expertise pédiatrique de proximité. C'est une réponse concrète, mobilisable sans attendre les effets d'une réforme démographique.

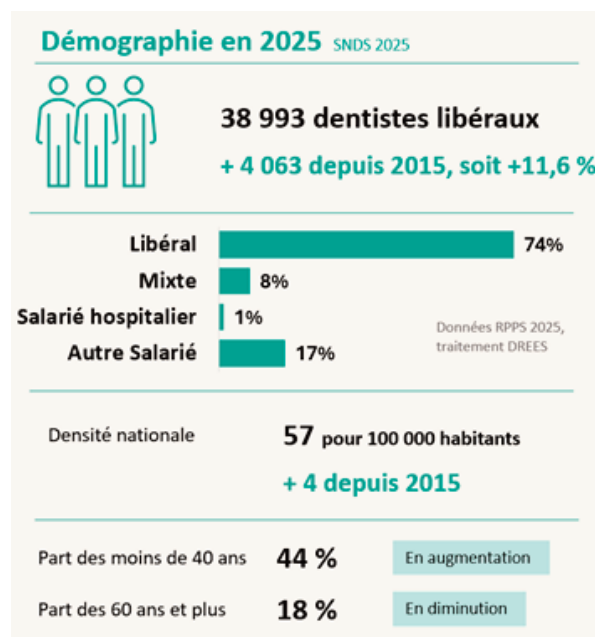
La téléconsultation représente un levier complémentaire en pédiatrie pour les patients déjà connus, dont la qualité dépend avant tout de la précision du diagnostic posé. C'est là que la collaboration avec les pharmaciens prend tout son sens : orienter un enfant vu en téléconsultation vers la pharmacie pour réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), un TROD angine par exemple, puis adapter le traitement en fonction du résultat, permet de faire reposer la prise en charge sur des preuves concrètes. Cette articulation entre pédiatre, pharmacien et patient est un exemple de ce que l'organisation des soins peut apporter, là où les effectifs ne suffisent plus.

Chirurgie dentaire

Un redressement démographique réel, encore insuffisant pour corriger les tensions d'accès

Avec 38 993 dentistes libéraux en 2025, la profession enregistre une hausse de +4 063 praticiens depuis 2015, soit +11,6 %, confirmant une dynamique de redressement après plusieurs décennies de sous-dotation (SNDS, 2025). La structure d'exercice est très majoritairement libérale : 74 % des dentistes exercent en libéral exclusif, 8 % en mode mixte, 17 % dans d'autres formes de salariat et seulement 1 % comme salariés hospitaliers. La pyramide des âges envoie un signal encourageant : 44 % des praticiens ont moins de 40 ans (en augmentation) et 18 % ont 60 ans ou plus (en diminution), proportion nettement inférieure à celle observée en médecine générale, ce qui limite le risque de contraction rapide des effectifs. Les projections de la Drees anticipent 54 000 chirurgiens-dentistes à l'horizon 2040, confirmant une sortie progressive du déficit structurel observé dans les années 2000-2010 (Drees, 2024).

La transformation des modes d'exercice constitue un déterminant central de l'accès aux soins. Le modèle du cabinet individuel, passé de 44 % en 2012 à 22 % en 2025, recule au profit des structures collectives (59 % en cabinet de groupe) et des centres de santé (16 %) (Cimedentaire, 2025). Cette évolution améliore l'organisation interne et les capacités de production, mais elle s'accompagne d'une concentration accrue de l'offre dans les zones urbaines. Les chirurgiens-dentistes s'installent ainsi à 31 % dans les grandes unités urbaines contre seulement 6 % dans les communes rurales, qui regroupent pourtant 22 % de la population (Drees, 2023). Cette dissociation entre localisation de l'offre et répartition de la population constitue un facteur structurant des inégalités d'accès.



Avec 57 dentistes libéraux pour 100 000 habitants (+4 depuis 2015), et une densité tous praticiens confondus de 69 pour 100 000 habitants qui reste en deçà de la moyenne européenne (80 pour 100 000) (OCDE, 2024), le redressement démographique ne suffit pas encore à résorber les tensions d'accès.

Le renoncement aux soins dentaires reste un indicateur majeur de dysfonctionnement. 25 % des adultes n'ont pas consulté de dentiste au cours des deux dernières années, proportion atteignant 40 % chez les personnes sans complémentaire santé (Sénat, 2025). Ce renoncement n'est pas anodin : les soins dentaires constituent le premier poste de renoncement déclaré par les Français, à 17 %, loin devant la médecine générale à 5 % (Drees, 2021), ce qui traduit la persistance d'obstacles à la fois financiers et géographiques que la réforme 100 % Santé n'a que partiellement levés. La progression des effectifs ne se traduit donc pas encore par un accès effectif homogène sur le territoire.

Des délais légèrement en baisse, malgré une offre en progression

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	11	10	- 1 jour
Part de RDV en moins de 24 h	14 %	14 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	21 %	21 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	60 %	59 %	→ stable
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	710	710	→ stable

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste libéral s'établit à 10 jours, en baisse d'une journée par rapport à 2023. Cette amélioration reste modérée au regard de la progression démographique de la profession. Elle ne doit pas masquer une limite importante : l'accès rapide demeure contraint, avec seulement 14 % des rendez-vous obtenus en moins de 24 heures et 21 % en moins de 48 heures.

Cette situation est particulièrement sensible dans une profession exposée à une demande à forte composante urgente : douleurs, infections, traumatismes, complications prothétiques ou inflammatoires. Lorsque l'offre de ville ne peut absorber rapidement ces motifs, une partie de la demande peut se reporter vers les urgences hospitalières ou conduire à des retards de prise en charge. Le principal signal de tension ne réside donc pas seulement dans le délai, mais dans la capacité limitée à répondre aux situations nécessitant une prise en charge rapide.

La stabilité des indicateurs entre 2023 et 2025 souligne un équilibre encore fragile. La file active annuelle reste stable à 710 patients par praticien, tandis que la part des rendez-vous au-delà de 7 jours demeure élevée (59 %). Dans un contexte de hausse des effectifs, cette stabilité suggère que l'amélioration de l'offre disponible est en partie absorbée par la demande, sous l'effet du vieillissement de la population, du rattrapage de soins antérieurement différés et de la levée partielle des freins financiers sur certains actes prothétiques (Drees, 2024).

Le paradoxe de la chirurgie-dentaire tient ainsi à la coexistence d'une dynamique démographique favorable et d'un renoncement aux soins encore élevé. La progression des effectifs améliore la disponibilité globale, mais ne suffit pas à corriger les inégalités d'accès, notamment lorsque les obstacles sont territoriaux, financiers ou liés à l'organisation de l'offre (Drees, 2021 ; Sénat, 2025).

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 10 jours, mais les écarts sont importants. 50 % des départements se situent entre 8 et 14 jours, 46 % entre 15 et 30 jours, et 3 % dépassent 30 jours. Seul un département présente un délai inférieur à 7 jours.

Les délais les plus élevés concernent la Sarthe (35 jours) et la Meuse (31 jours), tandis que les plus

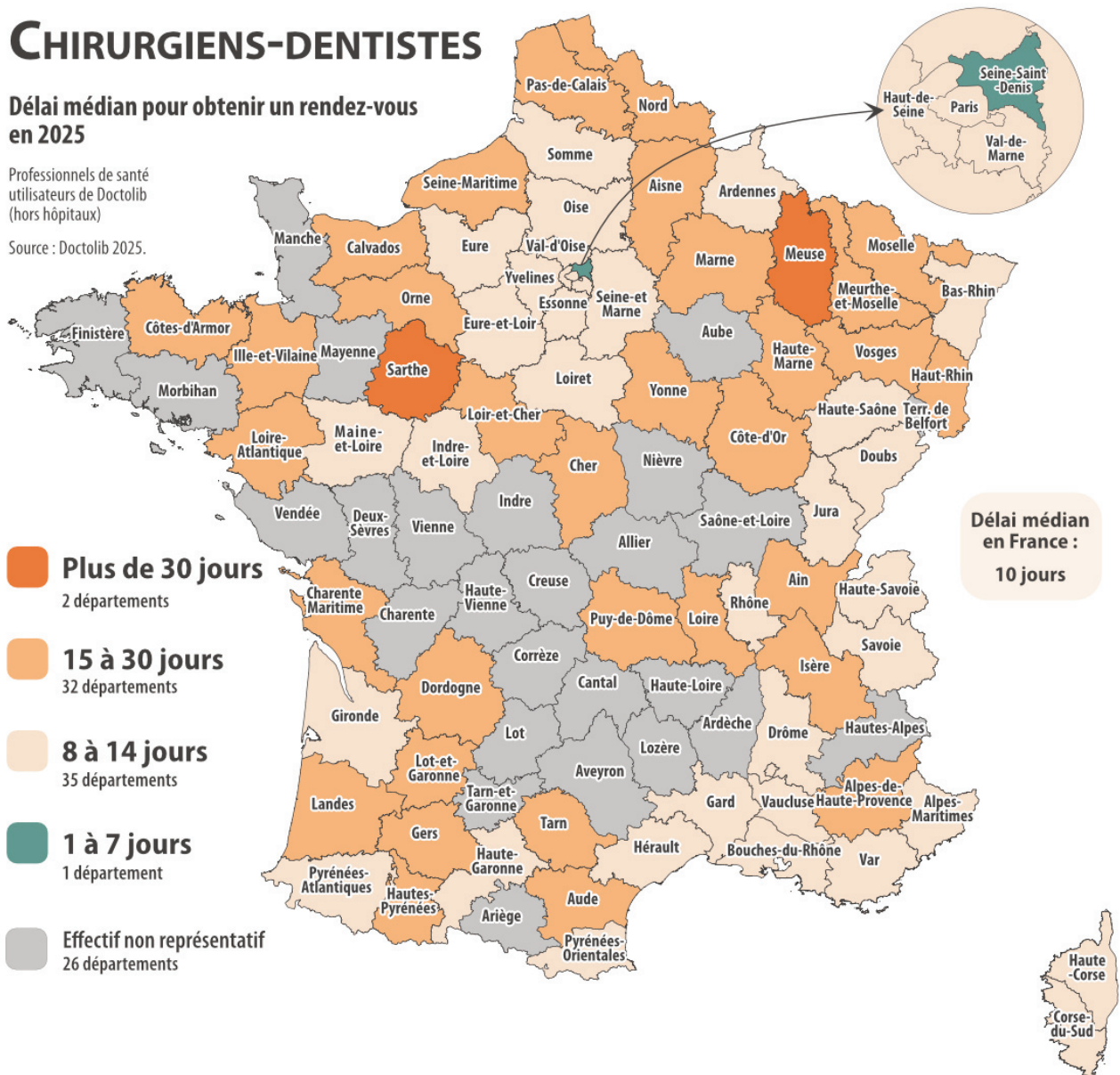
courts s'observent en Seine-Saint-Denis (7 jours) et sur l'arc méditerranéen (Bouches-du-Rhône, 8 jours). Cette géographie traduit une fracture persistante entre territoires urbains attractifs et espaces moins denses où l'offre reste fragile.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, la dynamique est globalement stable. 84 % des départements ne connaissent pas d'évolution significative, 14 % enregistrent une baisse des délais et seulement 1 % une hausse. Les baisses les plus marquées (Yonne, -47 jours ; Orne, -43 jours ; Sarthe, -34 jours) suggèrent des effets d'installation ou de réorganisation locale de l'offre.

La chirurgie-dentaire se caractérise ainsi moins par une dégradation généralisée que par des

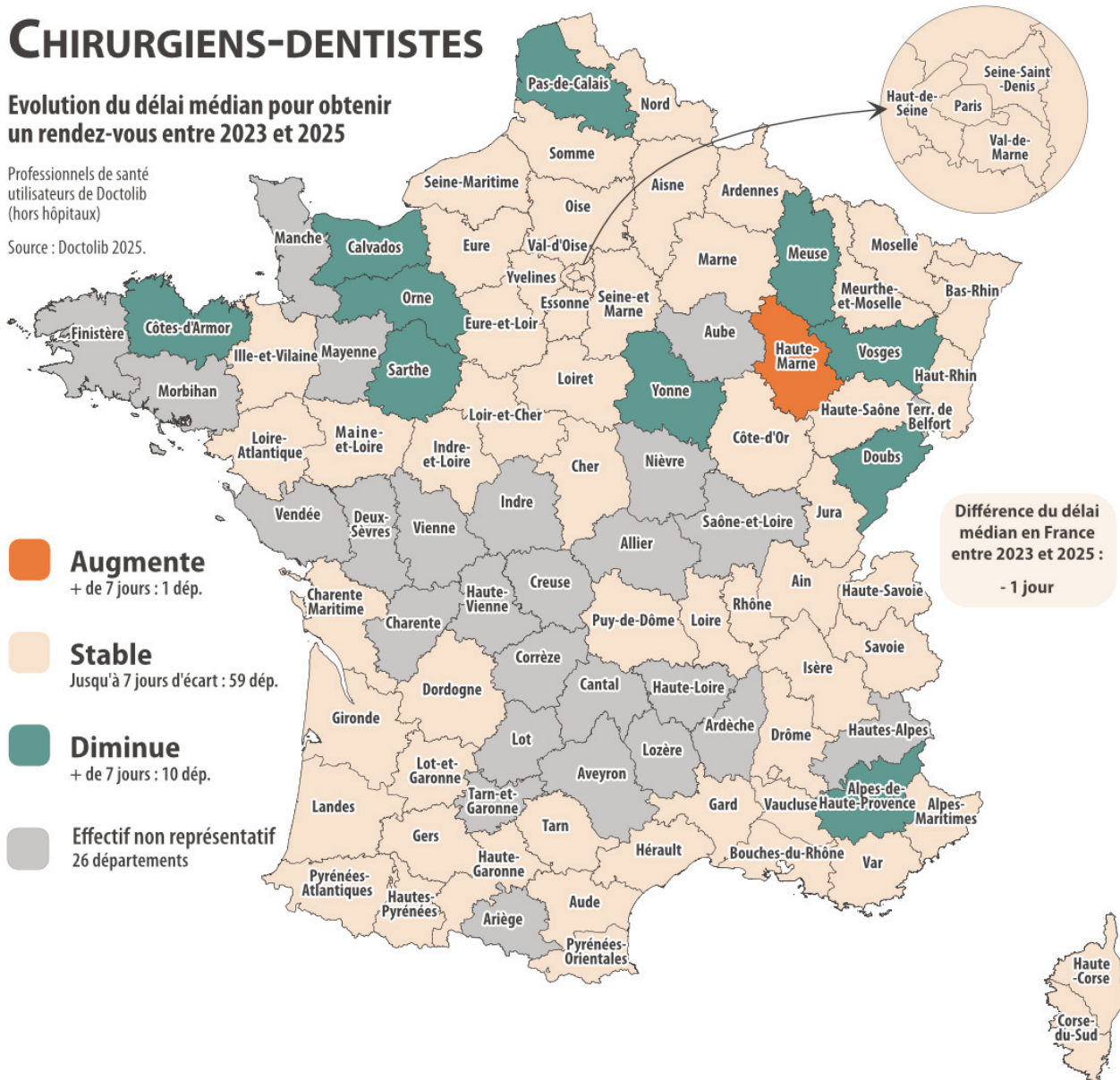
déséquilibres territoriaux persistants (Le Hégarat, 2022). La stabilité des indicateurs nationaux ne doit pas masquer la fragilité de territoires où l'accès repose sur un nombre très restreint de praticiens, rendant les délais sensibles à toute variation ponctuelle de l'effectif. Cette fragilité doit d'autant plus être soulignée que les chirurgiens-dentistes présents sur Doctolib exercent principalement en milieu urbain.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

La dynamique démographique favorable devrait se prolonger à l'horizon 2030-2035, mais son impact dépendra de la capacité à orienter les installations vers les territoires sous-dotés. Les dispositifs conventionnels introduits en 2023 visent à soutenir cette réorientation, mais leur efficacité reste conditionnée aux choix d'installation des jeunes praticiens, qui tendent à se concentrer à proximité des lieux de formation (IGESR, 2024).

L'enjeu central réside donc dans la répartition territoriale de l'offre, plus que dans son volume global. Sans inflexion de cette répartition, la progression des effectifs risque de renforcer l'offre dans les zones déjà attractives, sans amélioration significative dans les territoires en tension.

La réforme 100 % Santé a certes permis de réduire une partie du renoncement financier, mais elle n'agit

ni sur les délais, ni sur les déséquilibres territoriaux. Les leviers d'évolution relèvent davantage de l'organisation de l'offre : développement de la prévention, structuration de réponses aux urgences dentaires, montée en compétences des assistants dentaires et renforcement des coopérations avec la médecine générale.

Enfin, les améliorations observées dans certains départements entre 2023 et 2025 montrent que des dynamiques locales d'installation peuvent produire des effets rapides sur les délais. L'enjeu consiste désormais à identifier les conditions de ces évolutions (attractivité territoriale, organisation collective, environnement d'exercice) afin d'en faire des leviers reproductibles à plus large échelle.

Références bibliographiques

1. *Début 2025, les effectifs de pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pédicures-podologues continuent d'augmenter*, Drees, 28 juillet 2025.
 2. *Comptes nationaux de la santé 2024, fiche 30 « Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires »*, Drees, 2024.
 3. *Le renoncement aux soins médicaux et dentaires. L'état de santé de la population en France 2022, fiche 39 « Besoins de soins non satisfaits / renoncement aux soins »*, Drees, 2022.
 4. *Enquête européenne sur la santé (EHIS) : renoncement aux soins en France*. Études et Résultats, Drees, 2021.
 5. *Accessibilité aux soins de premier recours : de fortes inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes*, Communiqué de presse, Drees, janvier 2023.
 6. *Atlas de la démographie médicale en France, Tome 2 : approche territoriale des spécialités médicales*, Tableau de l'Ordre, situation au 1^{er} janvier 2026, CNOM, 2026.
 7. *Health at a Glance: Europe 2024*, OCDE, 2024.
 8. *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes*, Rapport n° 137, Sénat, novembre 2024.
 9. *Séance du 6 novembre 2025 : débat sur l'accès aux soins dentaires et les inégalités sociales de santé*, Journal officiel des débats parlementaires, Sénat, 2025.
 10. *Évolution démographique des chirurgiens-dentistes en France au 1^{er} janvier 2025*, Cimedentaire, 11 août 2025.
 11. « Démographie : les chirurgiens-dentistes sont plus jeunes, plus nombreux, et la parité est atteinte », *Information dentaire*, n°29, 3 septembre 2025.
 12. Thomas Le Hégarat, *Démographie des chirurgiens-dentistes et attractivité des territoires en France*, Thèse d'exercice, université de Rennes, 2022.
-

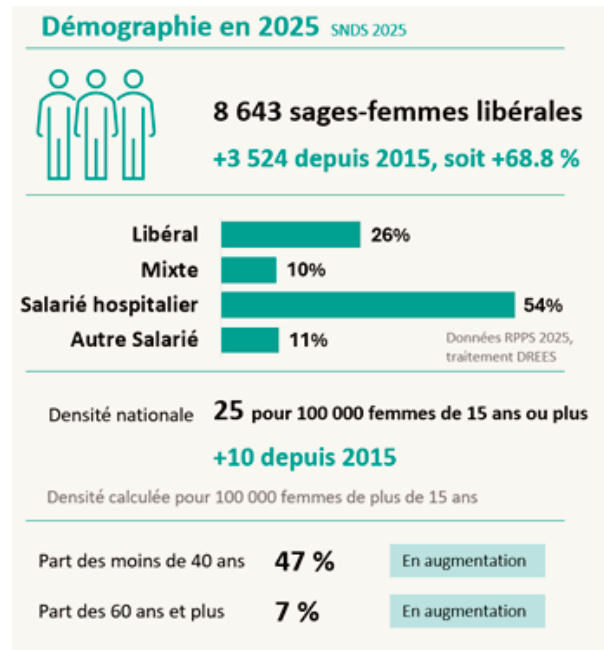
Maïeutique

Une profession en expansion, appelée à renforcer l'offre de premier recours en gynécologie

Avec 8 643 sages-femmes libérales en 2025, en hausse de +3 524 depuis 2015 soit +68,8 %, la profession, affiche l'une des dynamiques les plus soutenues parmi les professions de santé suivies (SNDS, 2025). Cette croissance s'accompagne d'une structure démographique particulièrement favorable : 47 % des sages-femmes libérales ont moins de 40 ans et seulement 7 % ont 60 ans ou plus, contre 32 % chez les médecins généralistes, ce qui garantit une continuité d'offre à long terme. Les projections de la Drees anticipent 26 200 sages-femmes en 2030 et un pic de 29 400 en 2048, sous réserve que cette progression se traduise par un développement durable de l'exercice libéral (Drees, 2021).

Cette dynamique se heurte cependant à une structure d'exercice encore très hospitalière. En 2025, 54 % des sages-femmes exercent comme salariées hospitalières, contre seulement 26 % en libéral exclusif, les autres se répartissant entre exercice mixte (10 %) et autres formes de salariat (11 %). Cette prédominance de l'exercice salarié limite la capacité de réponse ambulatoire, alors même que le périmètre de compétences des sages-femmes en ville a été significativement élargi ces dernières années.

C'est précisément cet élargissement de compétences qui fonde les perspectives d'évolution de la profession en premier recours. Le décret du 5 juin 2021 a consacré leur rôle en prévention, incluant le suivi gynécologique, le dépistage des IST, la vaccination et la prescription de contraception (Ministère de la



Santé, 2021). L'IVG médicamenteuse en cabinet, autorisée depuis 2016, constitue un levier supplémentaire, dont la mobilisation reste toutefois inégale selon les territoires (ivg.gouv.fr, 2025).

La densité nationale atteint 25 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus, en progression de 10 points depuis 2015 et proche des standards européens, même si cette comparaison doit être nuancée en raison des différences de périmètre d'exercice entre pays (Drees, 2021). Dans le même temps, 37 % des femmes ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier, en partie par méconnaissance du rôle des sages-femmes en dehors de la grossesse (Ifop, Qare, 2025). Ce décalage entre offre disponible et demande effective suggère un potentiel encore largement sous-exploité, appelé à se réduire à mesure que l'information progresse et que l'exercice libéral se développe.

Des délais modérés, révélateurs d'une montée en charge de la demande

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	11	12	+ 1 jour
Part de RDV en moins de 24 h	10 %	9 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	17 %	16 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	61 %	62 %	→ stable
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	588	635	+ 8 %

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous s'établit à 12 jours, en légère hausse par rapport à 2023. Ce niveau, supérieur à celui observé en médecine générale et comparable à celui des pédiatres, positionne les sages-femmes parmi les professions de premier recours dont l'accès rapide reste limité.

La structure des délais confirme cette contrainte : seuls 16 % des rendez-vous sont obtenus en moins de 48 heures, proportion stable, mais insuffisante pour répondre à certains besoins nécessitant une prise en charge rapide. Cette configuration traduit une tension modérée, mais persistante sur la réactivité de l'offre.

La file active progresse de manière significative (+8 %), atteignant 635 patientes par praticien. Cette hausse reflète une intensification de la charge de

travail, cohérente avec l'élargissement des compétences et la montée en charge du suivi gynécologique en ville (CNOSF, 2025). Les enquêtes régionales confirment cette montée en charge, avec des sages-femmes libérales déclarant une activité soutenue et des horaires étendus, notamment en zones rurales (ORS Nouvelle-Aquitaine, 2025). Elle s'accompagne toutefois d'une légère dégradation des délais, suggérant que l'augmentation de l'activité ne suffit pas à absorber la croissance de la demande.

La téléconsultation demeure marginale (1,5 % des rendez-vous), en raison des contraintes liées à l'examen clinique, qui limitent son déploiement pour la majorité des motifs de consultation (Cour des comptes, 2025).

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai médian national s'établit à 12 jours, avec des écarts significatifs. 59 % des départements se situent entre 7 et 14 jours, 32 % entre 15 et 21 jours, et 9 % dépassent 22 jours.

Les délais les plus élevés s'observent dans le Centre-Ouest (Lot, 28 jours ; Charente, 26 jours ; Mayenne, 25 jours) et en Bourgogne (Yonne, 27 jours). À l'inverse, plusieurs ensembles régionaux présentent des délais favorables : le littoral méditerranéen (Alpes-

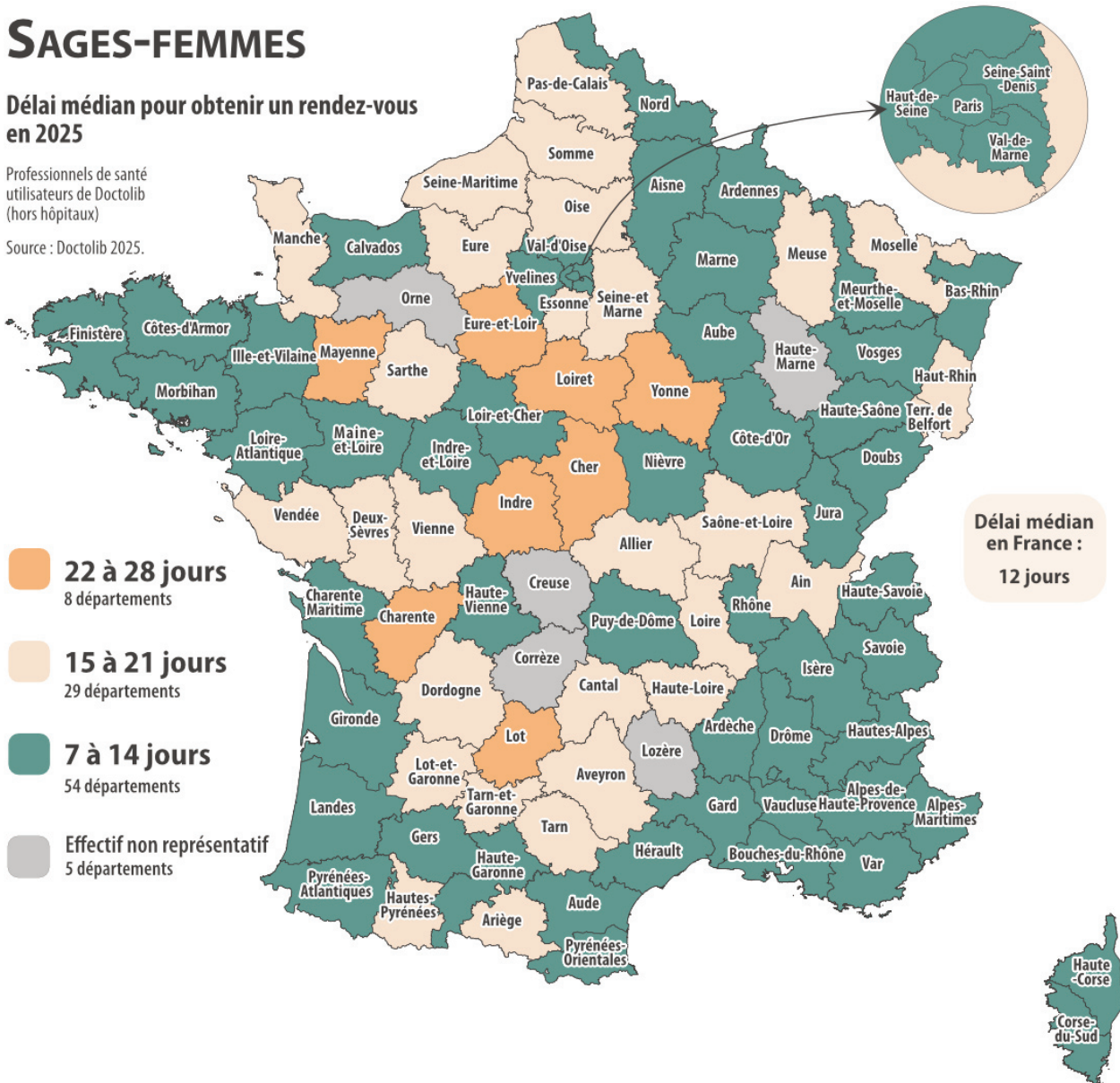
Maritimes et Hérault, 7 jours ; Var, 8 jours), la région PACA plus largement (7 à 10 jours), le massif alpin (10 à 13 jours), la Bretagne (10 à 14 jours) et la façade atlantique, du Finistère à la Gironde, où les délais restent majoritairement compris entre 9 et 14 jours. Les départements des Hauts-de-France, du Grand Est et de Bourgogne présentent quant à eux une situation intermédiaire, avec des délais généralement contenus entre 10 et 14 jours, à l'exception notable de l'Yonne. Ces contrastes dessinent un

SAGES-FEMMES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



gradient entre un Centre-Ouest en tension et des territoires littoraux ou métropolitains où l'offre libérale, plus dense, permet de contenir les délais.

Entre 2023 et 2025, la dynamique apparaît légèrement défavorable. 22 % des départements enregistrent une hausse des délais, 69 % restent stables et 9 % connaissent une amélioration. Les dégradations les plus marquées concernent la Charente (+9 jours) et l'Yonne (+7 jours). À l'inverse, la Haute-Vienne (-12 jours) et la Dordogne (-6 jours) enregistrent les

baisses les plus fortes, suggérant des effets d'installation ou de réorganisation locale, hors des métropoles régionales.

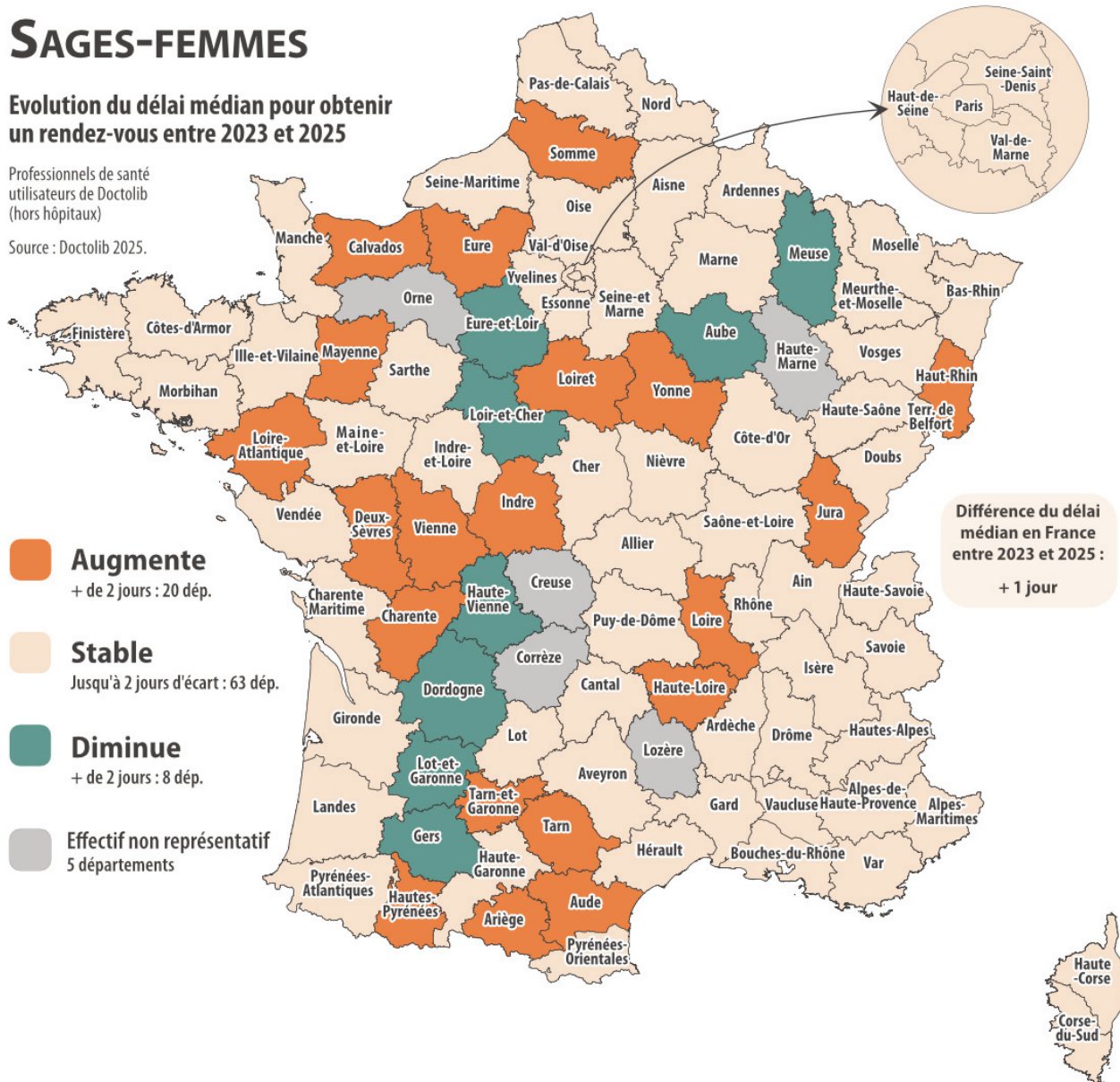
L'ensemble traduit une évolution modérée, mais orientée à la hausse, dans un contexte où la progression de l'offre libérale reste insuffisante pour corriger les déséquilibres territoriaux. Avec seulement 26 % de praticiens en libéral exclusif, une grande partie des gains démographiques bénéficie aujourd'hui à l'hôpital, limitant leur effet sur les délais d'accès en ville.

SAGES-FEMMES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

L'élargissement des compétences constitue le principal levier structurel d'évolution de la profession. Le cadre réglementaire récent renforce le rôle des sages-femmes dans l'accès direct aux soins gynécologiques et périnataux, notamment en matière d'orthogénie, avec la possibilité de réaliser certains actes en complément de l'IVG médicamenteuse (Ministère de la Santé, 2023). Ces évolutions dessinent un positionnement renforcé en premier recours, dont l'impact dépendra de son appropriation par les patientes.

Le développement de structures coordonnées, associant sages-femmes libérales et acteurs hospitaliers, constitue un levier d'organisation adapté pour structurer les parcours de soins. Il permet de mieux répartir les prises en charge entre prévention, suivi et situations complexes, et de limiter le recours systématique aux structures hospitalières (Santé-territoire, 2026).

La montée en charge du suivi gynécologique en ville représente également un levier de transformation majeur. Elle permet de délester les gynécologues-obstétriciens et d'améliorer l'accès aux soins de prévention. Ce potentiel reste toutefois conditionné à une meilleure connaissance du rôle des sages-femmes, encore insuffisamment identifié par une partie de la population (CNOSF, 2025).

À moyen terme, les perspectives démographiques sont favorables, mais leur effet dépendra de la progression de l'exercice libéral. Avec seulement 26 % de praticiens en libéral exclusif, une grande partie des gains démographiques bénéficie aujourd'hui à l'hôpital. L'enjeu central réside donc dans la capacité à orienter les installations vers l'ambulatoire, en particulier dans les territoires sous-dotés. Sans évolution de cette répartition, les tensions sur les délais d'accès sont susceptibles de se maintenir à l'horizon 2030-2035.

Références bibliographiques

1. *Projections des effectifs de sages-femmes à l'horizon 2050*, Études et Résultats, Drees, 2021.
2. *La démographie des professionnels de santé depuis 2015 : situation au 1^{er} janvier 2025 et perspectives*, Drees, 28 juillet 2025.
3. *Début 2025, les effectifs de pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes progressent*, Drees, 28 juillet 2025.
4. *Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2025*, Drees, 27 juillet 2025.
5. *Auxiliaires médicaux et sages-femmes : comparaisons internationales*, Fiche 42 « Comparaisons internationales des auxiliaires médicaux et sages-femmes », dans *Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016*, Ministère des Solidarités et de la Santé.
6. *Données démographiques et compétences de la profession*, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, (CNOSF), 2025.
7. *Quelle place pour les sages-femmes dans les soins de premier recours en France ?*, Santé-territoire, 14 mars 2026.
8. *Baromètre des sages-femmes libérales de Nouvelle-Aquitaine en 2024*, Exploitation ORS Nouvelle-Aquitaine, février 2025.
9. *Décret du 16 décembre 2023 relatif aux compétences des sages-femmes en orthogénie*, Journal officiel de la République française, Ministère de la Santé, 2023.
10. *La pratique des IVG hors établissement de santé*, Ministère chargé de la Santé, 2 janvier 2025.
11. *Les Françaises et leurs soins gynécologiques*, Enquête en ligne réalisée en février 2025, résultats synthétisés dans : « Gynécologie, plus d'une femme sur deux reporte encore ses soins », Ifop, Qare, 2025.
12. *Les téléconsultations : une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes, 9 avril 2025.

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EST AUJOURD'HUI UN PILIER ESSENTIEL DE L'ACCÈS AUX SOINS DES FEMMES ET DES FAMILLES



Aurélien ROCHETTE

Sage-femme (Bouches-du-Rhône),
présidente de l'URPS Sages-femmes
Provence-Alpes-Côte d'Azur et membre
du conseil d'administration de
l'Organisation nationale syndicale
des sages-femmes (ONSSF)

Une profession en expansion, aux compétences élargies

L'édition 2026 de la carte d'accès aux soins apporte un éclairage intéressant sur la place des sages-femmes dans le paysage sanitaire français. Elle confirme notamment la dynamique de croissance du secteur libéral de la profession. Toutefois, certains éléments méritent d'être mis en perspective afin de refléter au mieux la réalité et les évolutions de notre exercice.

Si la profession est en croissance, l'évolution de ses modes d'exercice constitue un enjeu structurant : selon les données de la Drees, à l'horizon 2050, près d'un tiers des sages-femmes exerceront en libéral, contre environ un quart aujourd'hui. Cette transformation progressive contribue à renforcer une offre de soins de proximité, au plus près des besoins des patientes, et s'inscrit notamment dans le développement du rôle de sage-femme référente dans le suivi de grossesse.

Par ailleurs, il convient de rappeler la spécificité française : les sages-femmes disposent d'un champ de compétences et d'un niveau de formation particulièrement étendus, qui les positionnent comme des professionnelles de premier recours à part entière. Elles interviennent ainsi dans le suivi périnatal, mais également dans le

suivi gynécologique de prévention, la contraception, l'orthogénie, ainsi que dans de nombreuses actions de prévention auprès de l'ensemble de la population.

Cette polyvalence constitue un atout majeur pour le système de santé et pour l'accès aux soins des femmes et des familles. Elle repose sur une profession jeune, engagée et en constante évolution, qui participe pleinement à l'organisation d'une offre de soins coordonnée, en articulation avec les autres acteurs de santé.

Dans un contexte où plusieurs millions de femmes déclarent avoir renoncé à des soins gynécologiques au cours de l'année écoulée, cette offre de soins gagnerait à être davantage identifiée et mobilisée.

Des indicateurs utiles, à lire avec les spécificités de la profession

Concernant les délais d'accès aux soins, Doctolib met en avant un délai médian de 12 jours entre la prise de rendez-vous et sa réalisation. Cet indicateur constitue un repère utile, mais son interprétation nécessite d'être mise en regard des spécificités de l'activité des sages-femmes.

En effet, une part importante de l'activité, notamment dans le cadre du suivi périnatal, repose sur des consultations programmées à l'avance, intégrées dans un parcours de soins structuré. Ce mode d'organisation, inhérent à la profession, peut mécaniquement influencer le calcul des délais, en intégrant des consultations anticipées dans le temps, sans pour autant traduire une difficulté d'accès aux soins.

Par ailleurs, l'absence de distinction entre les motifs de consultation (suivi périnatal, gynécologie de prévention, orthogénie) limite la lecture fine de ces indicateurs, alors même que la répartition de ces activités varie fortement selon les pratiques et les territoires.

Concernant les rendez-vous obtenus en moins de 24 ou 48 heures, une distinction entre soins non programmés, patientes connues et nouvelles patientes permettrait également d'affiner l'analyse, notamment dans la perspective du Service d'accès aux soins.

De la même manière, la faible proportion de téléconsultations observée *via* la plateforme ne reflète pas nécessairement l'ensemble des pratiques. De

nombreuses sages-femmes utilisent en effet d'autres outils numériques, notamment ceux proposés par les Agences régionales de santé ou les collectivités territoriales, dont l'accès est souvent facilité.

Vers une lecture toujours plus fine de l'accès aux soins

Dans cette perspective, le développement d'analyses plus fines, intégrant notamment les motifs de consultation ou des croisements avec des référentiels territoriaux, constituerait une évolution pertinente pour enrichir la compréhension de l'accès aux soins.

En définitive, cette carte constitue une base de réflexion utile. Son enrichissement progressif par des approches plus contextualisées représente une perspective particulièrement intéressante.

La profession de sage-femme est aujourd'hui un pilier essentiel de l'accès aux soins des femmes et des familles. Sa reconnaissance passe également par une lecture juste de ses réalités, de ses spécificités et de ses évolutions.

Masso-kinésithérapie

Une profession en forte expansion, dont la croissance ne suffit pas à desserrer les tensions d'accès

En 2025, la France compte 87 250 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, en hausse de +24 086 depuis 2015, soit +38,1 %, ce qui place la profession parmi les dynamiques les plus soutenues du système de santé (SNDS, 2025). La structure d'exercice est très majoritairement libérale : 80 % exercent en libéral exclusif, 3 % en mode mixte, 12 % comme salariés hospitaliers et 5 % dans d'autres formes de salariat, ancrant l'essentiel de l'offre dans les cabinets de ville et les structures de proximité.

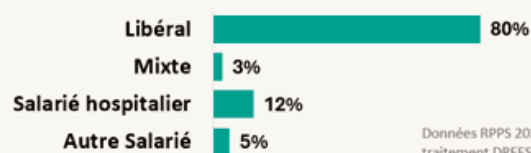
Cette position centrale dans l'offre de premier recours se traduit par un champ d'intervention étendu : prise en charge des pathologies chroniques, rééducation post-chirurgicale, soins à domicile, prévention de la perte d'autonomie, rééducation respiratoire et troubles musculo-squelettiques. La pyramide des âges renforce cette dynamique : 47 % des kinésithérapeutes libéraux ont moins de 40 ans et seulement 7 % ont 60 ans ou plus, les deux en diminution, ce qui garantit une continuité d'offre à moyen terme (SNDS, 2025).

La densité nationale s'établit à 128 kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants, en hausse de +32 points depuis 2015 (SNDS, 2025). Tous modes d'exercice confondus, la densité atteint 152 pour

Démographie en 2025 SNDS 2025



87 250 kinés libéraux
+ 24 086 depuis 2015, soit +38,1 %



Densité nationale **128 pour 100 000 habitants**
+32 depuis 2015

Part des moins de 40 ans	47 %	En diminution
Part des 60 ans et plus	7 %	En diminution

100 000 habitants, plaçant la France parmi les pays européens les mieux dotés, au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (149 pour 100 000) (Eurostat, 2023). Toutefois, ce niveau élevé ne se traduit pas mécaniquement par une amélioration de l'accès : les besoins progressent plus vite que les effectifs, sous l'effet combiné du vieillissement, de la montée des polyopathologies, du développement des soins à domicile et de l'élargissement des indications thérapeutiques (Drees, 2024). L'enjeu n'est donc plus seulement quantitatif : il réside dans la capacité du système à convertir cette dynamique démographique en accessibilité effective.

Des délais stables, mesurant l'accès au premier rendez-vous

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	6	6	→ stable
Part de RDV en moins de 24 h	13 %	14 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	22 %	23 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	45 %	43 %	- 2 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	238	226	- 5 %

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un kinésithérapeute s'établit à 6 jours, un niveau stable par rapport à 2023. Cette stabilité intervient dans un contexte de croissance soutenue des effectifs, sans amélioration mesurable de l'accès au premier rendez-vous.

Ces délais doivent être interprétés à la lumière du périmètre des données. Ils excluent notamment les rendez-vous programmés en série, c'est-à-dire plusieurs séances fixées simultanément pour organiser un suivi, ainsi que les rendez-vous donnés directement par le professionnel à l'issue d'une consultation. L'indicateur mesure ainsi uniquement les rendez-vous pris à distance, correspondant à la recherche d'un premier créneau disponible. Dans ce cadre, il reflète l'accès initial à un professionnel, mais ne capte pas les modalités d'organisation du suivi, qui sont largement structurées directement par le kinésithérapeute après le premier contact.

La distribution des délais confirme une contrainte persistante : 43 % des rendez-vous sont obtenus

au-delà de 7 jours. Ce niveau apparaît élevé pour certaines indications nécessitant une prise en charge rapide, notamment dans les situations à risque de chronicité ou après un épisode aigu (HAS, 2019 ; HAS, 2022). Il traduit une capacité limitée à absorber la demande dans des délais courts, malgré une densité élevée de professionnels.

L'accès direct aux kinésithérapeutes, introduit par la loi de 2023 et expérimenté depuis 2024 dans les structures coordonnées, constitue un levier potentiel de réduction des délais d'entrée dans les soins, en limitant le passage préalable par le médecin prescripteur (Ministère de la Santé, 2024 ; IGAS, 2022). Son effet sur les délais observés reste à ce stade à documenter.

La file active annuelle s'établit à 226 patients par praticien, en recul de 5 %. Cet indicateur, non corrigé du temps de travail, doit être interprété avec prudence et peut refléter des évolutions d'organisation de l'activité autant qu'une modification de la demande.

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 6 jours, avec des écarts limités. 49 % des départements se situent entre 7 et 8 jours, 44 % entre 5 et 6 jours, et 4 % dépassent 8 jours. Un seul département présente un délai inférieur à 5 jours.

Les délais les plus élevés s'observent dans l'est du Grand Est (Moselle, 9 jours ; Haute-Saône, 8 jours ; Bas-Rhin et Haut-Rhin, 7 jours) et en Loire-Atlantique (7 jours). À l'inverse, les délais les plus

courts se concentrent sur le littoral méditerranéen (Bouches-du-Rhône et Alpes-Maritimes, 5 jours ; Pyrénées-Orientales, 5 jours) et en Île-de-France (Seine-Saint-Denis, 4 jours). L'amplitude reste toutefois modérée par rapport aux autres spécialités, en lien avec la forte densité libérale de la profession.

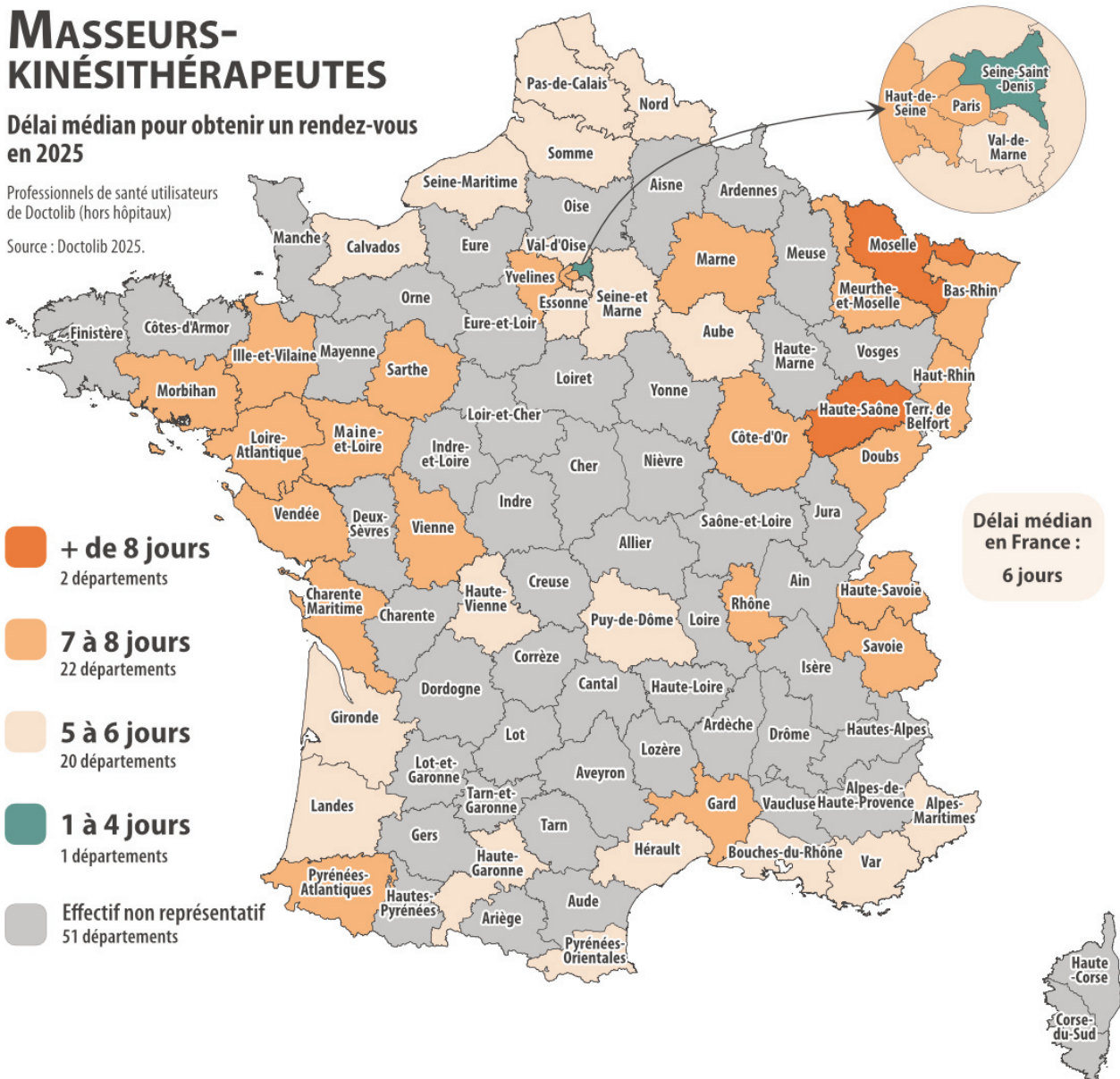
Entre 2023 et 2025, la dynamique est plutôt favorable. 31 % des départements enregistrent une baisse des délais, 64 % restent stables et seulement 4 % se

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



dégradent. Les améliorations les plus nettes s'observent dans le Nord (Pas-de-Calais, Somme), en Bourgogne (Aube, Côte-d'Or), dans le Sud-Est (Alpes-Maritimes) et dans le Centre-Ouest (Haute-Vienne, Charente-Maritime). Ces baisses, dispersées sur le territoire, relèvent vraisemblablement d'effets d'installation ou de réorganisation locale plutôt que d'une transformation structurelle.

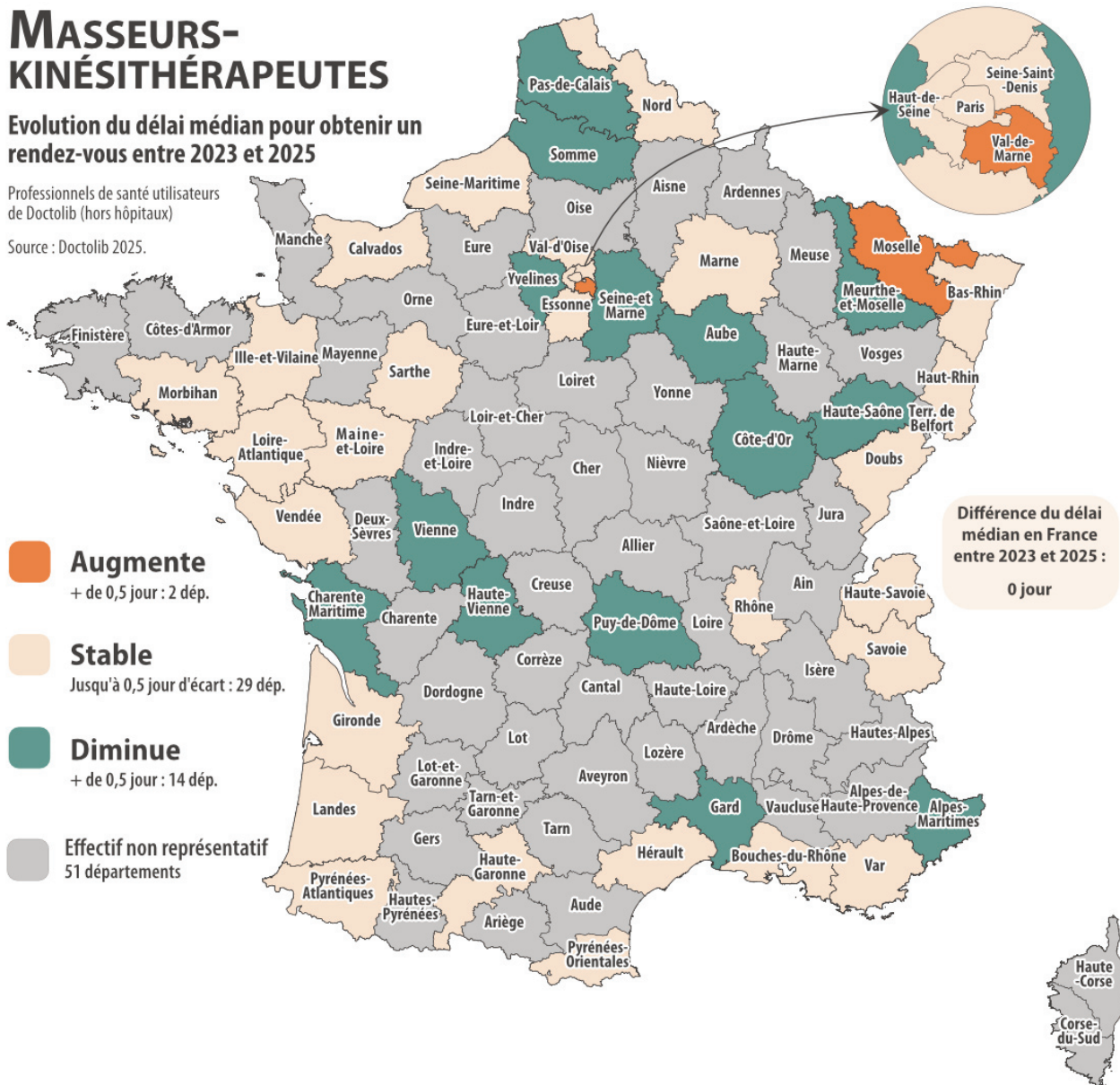
La masso-kinésithérapie se distingue par la plus forte proportion de départements non comptabilisés (51 sur 96), ce qui limite la portée des analyses territoriales. La persistance de délais supérieurs à 7 jours dans près de la moitié des départements représentés confirme que la croissance soutenue des effectifs ne s'est pas traduite par une réduction homogène des inégalités d'accès.

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

Les masseurs-kinésithérapeutes occupent une place croissante dans les parcours de soins, à l'interface entre hôpital, ville et domicile. Leur rôle dans la prévention du déclin fonctionnel, la sécurisation des sorties d'hospitalisation et la réduction des réhospitalisations renforce leur position dans le système de santé. Cette évolution invite à dépasser une lecture strictement quantitative pour intégrer les modalités d'exercice et la répartition territoriale. La croissance des effectifs ne se traduit pas mécaniquement par une amélioration des délais, en raison de la structuration de l'activité en séries et de la progression soutenue de la demande.

Le développement des actes hors nomenclature constitue un facteur d'évolution de l'offre. Ces pratiques, non remboursées, peuvent contribuer à diversifier l'activité des professionnels, mais leur impact sur la disponibilité des soins conventionnés reste difficile à objectiver en l'absence de données consolidées.

L'accès direct, en cours d'expérimentation, représente un levier structurant pour améliorer l'entrée dans les soins et réduire les délais, sous réserve de

son appropriation par les professionnels et de son intégration dans les organisations territoriales (IGAS, 2022 ; Ministère de la Santé, 2024).

Par ailleurs, les dispositifs conventionnels récents visent à rééquilibrer la répartition territoriale, notamment par des mécanismes de régulation en zones surdotées et des incitations à l'installation en zones sous-denses (Sénat, 2024). Leur efficacité dépendra de leur capacité à infléchir les choix d'installation, aujourd'hui majoritairement orientés vers les zones urbaines et périurbaines.

À moyen terme, les perspectives démographiques restent favorables. Toutefois, la Drees souligne que les gains d'accessibilité potentielle reposent principalement sur des installations dans les territoires déjà attractifs (Drees, 2024). L'enjeu central réside donc dans la capacité à orienter la croissance des effectifs vers les territoires les plus en tension, condition nécessaire pour transformer la dynamique démographique en amélioration effective de l'accès aux soins à l'horizon 2030.

Références bibliographiques

1. *Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2025*, Drees, 28 juillet 2025.
 2. *Accessibilité potentielle localisée aux professions de santé*, Drees, 2023.
 3. *Healthcare personnel statistics: physiotherapists*, Office statistique de l'Union européenne, Eurostat, 2023.
 4. *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie*, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2022.
 5. *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*, Haute Autorité de santé (HAS), 27 mars 2019.
 6. *AVC : premières recommandations sur la rééducation à la phase chronique*, Haute Autorité de santé (HAS), 2022.
 7. *Évaluation de la prise en charge en soins de suite et de réadaptation*, Haute Autorité de santé (HAS), 2022.
 8. *Loi du 20 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé*, Journal officiel de la République française, Ministère de la Santé, 2023.
 9. *Décret du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes dans les CPTS*, Journal officiel de la République française, Ministère de la Santé, 2024.
 10. *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux les grands remèdes*, Rapport d'information n°137, Commission des affaires sociales, Sénat, 13 novembre 2024.
-

KINÉSITHÉRAPIE : UNE DÉMOGRAPHIE FAVORABLE QUI NE RÉSOULT PAS TOUT



Guillaume RALL

Masseur-kinésithérapeute (Loiret),
président du Syndicat national
des masseurs-kinésithérapeutes
(SNMKR)

Une dynamique démographique favorable, une opportunité à saisir

La profession de masseur-kinésithérapeute connaît aujourd'hui une dynamique démographique positive, qui constitue une opportunité importante pour notre système de santé. L'augmentation du nombre de professionnels formés et installés permet de mieux répondre à des besoins croissants liés au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et à la place grandissante accordée à la prévention et à l'activité physique. Cette évolution offre des perspectives concrètes d'amélioration de l'accès aux soins et de structuration de nouvelles réponses en santé publique.

Mesurer les délais : deux réalités à distinguer

Dans ce contexte, l'analyse des délais d'accès aux soins en kinésithérapie nécessite d'être développée. La notion de « délai d'attente » recouvre en effet des réalités différentes qu'il semble utile de distinguer : délai pour l'obtention d'un premier rendez-vous, d'une part, et délai entre les séances une fois la prise en charge initiée, d'autre part. Ces deux indicateurs répondent à des logiques distinctes.

Le premier renseigne sur l'accessibilité initiale au soin, tandis que le second dépend davantage de l'organisation thérapeutique, des recommandations de bonnes pratiques et des objectifs fixés avec le patient. Une clarification de ces éléments permettrait sans doute d'affiner l'analyse et de mieux objectiver les situations rencontrées sur le terrain.

Une hétérogénéité de pratiques qui invite à la nuance

Par ailleurs, la prise en compte de la grande hétérogénéité des pratiques apparaît essentielle. La kinésithérapie couvre un champ très large, avec des modalités de prise en charge et des durées de traitement extrêmement variables selon les pathologies. À titre d'exemple, un vertige positionnel paroxystique bénin peut être traité en un nombre très limité de séances, alors qu'une lombalgie aiguë nécessite souvent un accompagnement sur plusieurs semaines, et qu'une pathologie chronique comme la maladie de Parkinson implique un suivi au long cours. Cette diversité, à laquelle s'ajoutent les spécificités liées aux compétences et aux modes d'exercice des professionnels, invite à une lecture nuancée des indicateurs globaux, afin de refléter au mieux la réalité des parcours de soins.

L'évolution de l'offre de soins en kinésithérapie s'inscrit également dans une transformation plus large, marquée par le développement d'activités hors nomenclature, telles que le sport-santé, la prévention, la préparation physique ou le bien-être. Ces activités témoignent d'une capacité d'adaptation et d'innovation de la profession, ainsi que d'une réponse à des attentes sociétales croissantes. Elles participent à la diversification des pratiques et à l'attractivité du métier. Dans le même temps, leur développement peut interroger l'équilibre global de l'offre de soins conventionnés, ce qui justifie de les intégrer dans une réflexion d'ensemble sur l'accès aux soins.

La question des volumes : un enjeu structurant pour le financement

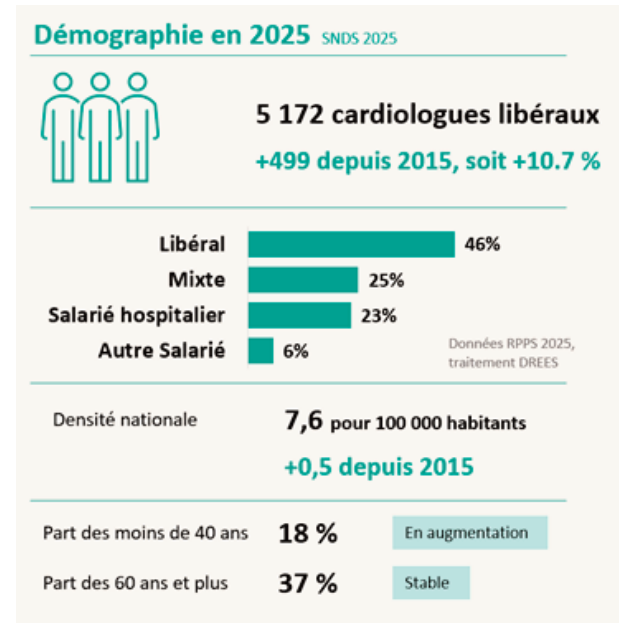
Enfin, la question de l'évolution des volumes d'actes constitue un élément structurant à prendre en compte. La dynamique démographique et l'augmentation des besoins conduisent mécaniquement à une progression des volumes, qui s'inscrit dans une logique de réponse aux besoins de santé de la population. Cette évolution a néanmoins des effets indirects sur les marges de manœuvre en matière de revalorisation, dans un modèle encore largement fondé sur la tarification à l'acte. Ce constat invite à poursuivre la réflexion collective sur les modalités de financement de la kinésithérapie.

Cardiologie

Une progression des effectifs insuffisante face à la montée des besoins

Les maladies cardiovasculaires demeurent un enjeu majeur de santé publique. Elles constituent la deuxième cause de mortalité en France, avec environ 140 000 décès par an et près de 1,2 million d'hospitalisations. Près de 15 millions de personnes sont suivies pour une pathologie ou un risque cardiovasculaire, conférant à la cardiologie une place structurante dans le système de soins. Dans ce contexte, la France se distingue par un taux de mortalité standardisé de 163 pour 100 000 habitants, nettement inférieur à la moyenne européenne (313 pour 100 000), reflet de la qualité de la prise en charge et des progrès de la cardiologie interventionnelle (Santé publique France, 2025 ; Eurostat, 2022 ; ESC, 2023).

Cette performance s'inscrit dans un contexte de tensions démographiques croissantes. La France compte 5 172 cardiologues libéraux en 2025, en hausse de +499 depuis 2015, soit +10,7 %, pour une densité de 7,6 pour 100 000 habitants (+0,5 depuis 2015), un niveau qui demeure dans la moyenne européenne mais recouvre des écarts considérables entre départements (SNDS, 2025 ; ESC, 2023). La structure d'exercice est plurielle : 46 % libéral, 25 % mixte, 23 % salarié hospitalier et 6 % autre salarié, traduisant une organisation hybride de l'offre. Si la dynamique des effectifs libéraux reste positive, elle demeure insuffisante au regard des besoins : 37 % des cardiologues libéraux ont 60 ans ou plus (stable), ce qui laisse anticiper un renouvellement partiel dans les années à venir, tandis que 18 % seulement ont moins de 40 ans (en augmentation), signal encourageant, mais encore



insuffisant pour compenser les départs (SNDS, 2025). En considérant l'ensemble des modes d'exercice (libéral, mixte et salarié), la pyramide des âges apparaît plus jeune, avec 23 % de médecins âgés de 60 ans ou plus et 31 % de moins de 40 ans (CNOM, 2026).

Ces tensions sont appelées à s'accroître sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de la progression des pathologies cardiovasculaires chroniques. La population des 75 ans et plus devrait doubler d'ici à 2070, générant une demande de soins cardiologiques structurellement plus élevée au moment précis où le renouvellement de la profession reste incertain (Insee, 2024). La cardiologie apparaît ainsi comme une spécialité exposée à une pression durable sur l'accès aux soins, en particulier dans les territoires déjà fragilisés, où la combinaison de délais élevés et d'une offre libérale insuffisante fait peser un risque accru de renoncement (IRDES, 2023).

Des délais stables, mesurant l'accès au premier rendez-vous

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	41	42	+ 1 jour
Part de RDV en moins de 24 h	5 %	5 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	8 %	8 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	82 %	82 %	→ stable
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	1 667	1 675	+ 0,5 %

En 2025, le délai d'obtention d'une consultation s'établit à 42 jours, en légère hausse par rapport à 2023 (41 jours), sans inflexion notable. Ce niveau élevé confirme une tension structurelle persistante, en cohérence avec les travaux récents montrant une progression des délais en cardiologie depuis le début des années 2020 (Fondation Jean-Jaurès, 2024).

La structure des rendez-vous renforce ce constat : 82 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, tandis que l'accès rapide reste marginal, avec 5 % des rendez-vous en moins de 24 heures et 8 % en moins de 48 heures. Cette faible proportion s'explique en partie par l'organisation de la prise en charge, les urgences cardiologiques véritables étant quasi systématiquement orientées vers l'hôpital. Elle demeure toutefois un point de tension pour les demandes qui ne relèvent pas de l'urgence vitale, mais nécessitent une évaluation spécialisée rapide

(orientation diagnostique, ajustement thérapeutique, suivi de pathologies chroniques instables).

La file active annuelle atteint 1 675 patients par praticien, contre 1 667 en 2023. Cette quasi-stabilité à un niveau élevé indique que les capacités individuelles de suivi sont proches de leurs limites. Dans un contexte de demande croissante liée au vieillissement de la population et à la chronicisation des pathologies cardiovasculaires, les marges d'ajustement reposent surtout sur l'organisation des parcours, sans effet encore visible sur les délais (IRDES, 2023 ; Cahiers de santé publique, 2025).

Au total, la cardiologie présente une configuration claire : une spécialité cliniquement performante, mais confrontée à une saturation durable de l'offre, avec des délais élevés, peu évolutifs, et une faible capacité de réponse rapide hors urgence vitale.

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai médian s'établit à 42 jours, avec des écarts considérables. 47 % des départements se situent entre 31 et 60 jours, 38 % entre 61 et 90 jours, et 7 % dépassent 90 jours. Seuls 8 % présentent des délais inférieurs à 30 jours.

Les délais les plus élevés se concentrent en Occitanie et dans la vallée du Rhône méridionale (Gers, 164 jours ; Ariège, 100 jours ; Aude, 96 jours ; Lot, 90 jours ; Drôme, 73 jours ; Ardèche, 67 jours),

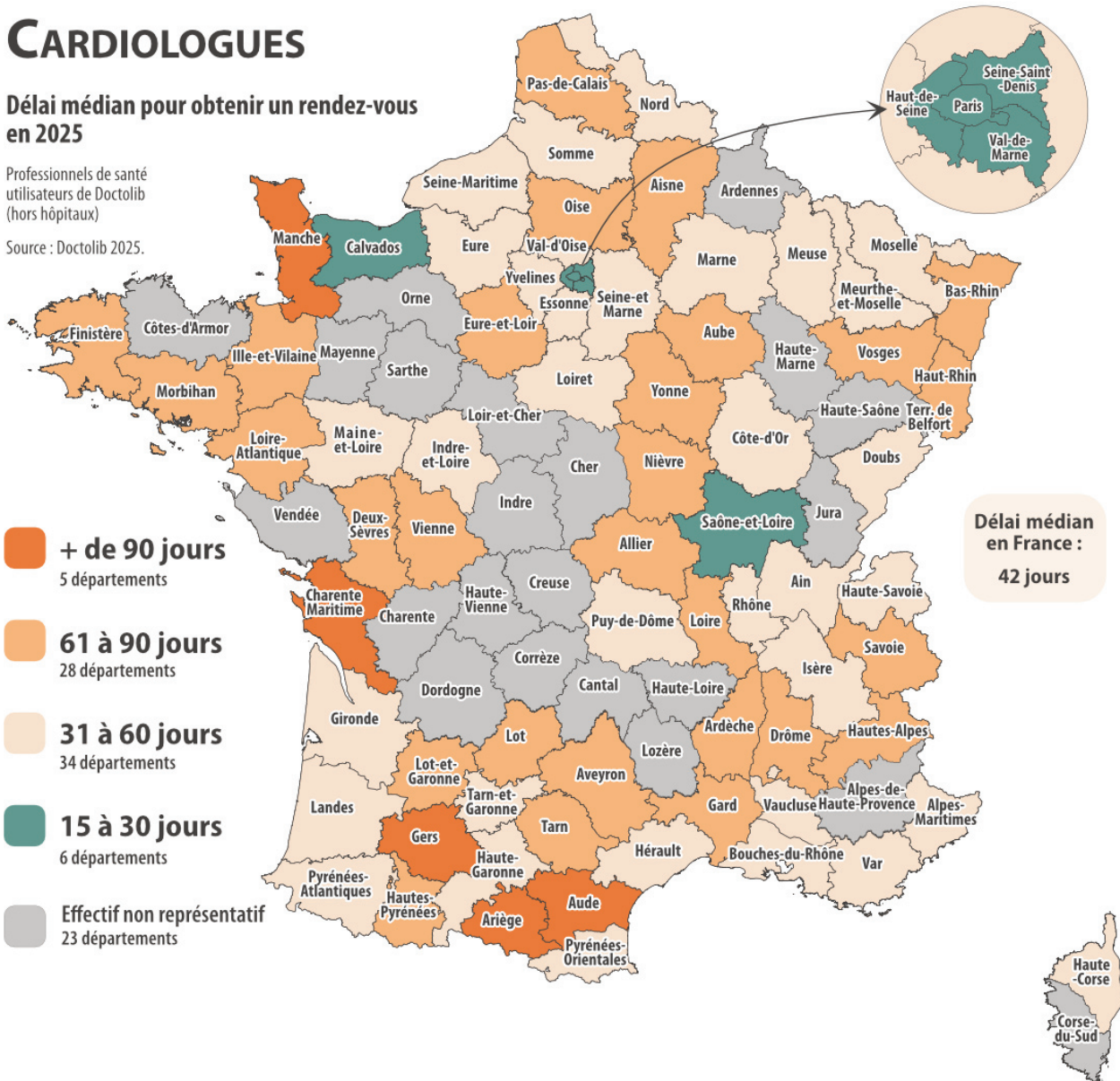
formant un arc continu du piémont pyrénéen au sud du Massif central. Des tensions fortes s'observent également en Normandie (Manche, 130 jours) et dans le Nord-Est (Meuse, 52 jours ; Moselle, 50 jours). À l'inverse, l'Île-de-France conserve les délais les plus courts (Paris, 16 jours ; Seine-Saint-Denis, 21 jours ; Hauts-de-Seine, 22 jours), de même que quelques départements isolés (Saône-et-Loire et Calvados, 28 jours).

CARDIOLOGUES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, 35 % des départements enregistrent une hausse des délais, 51 % restent stables et 14 % connaissent une amélioration. Les dégradations les plus fortes concernent le Gers (+106 jours), l'Aveyron (+48 jours), la Manche (+45 jours) et le Lot (+42 jours), dessinant une fragilisation marquée des territoires ruraux du Sud-Ouest et de la façade atlantique. À l'inverse, les améliorations les plus nettes s'observent dans les Vosges (-40 jours), la Saône-et-Loire (-31 jours) et le Loiret (-23 jours). L'Île-de-France, malgré des délais déjà parmi les plus bas, enregistre

encore une légère amélioration dans sa grande couronne (Seine-et-Marne et Val-d'Oise, -5 jours).

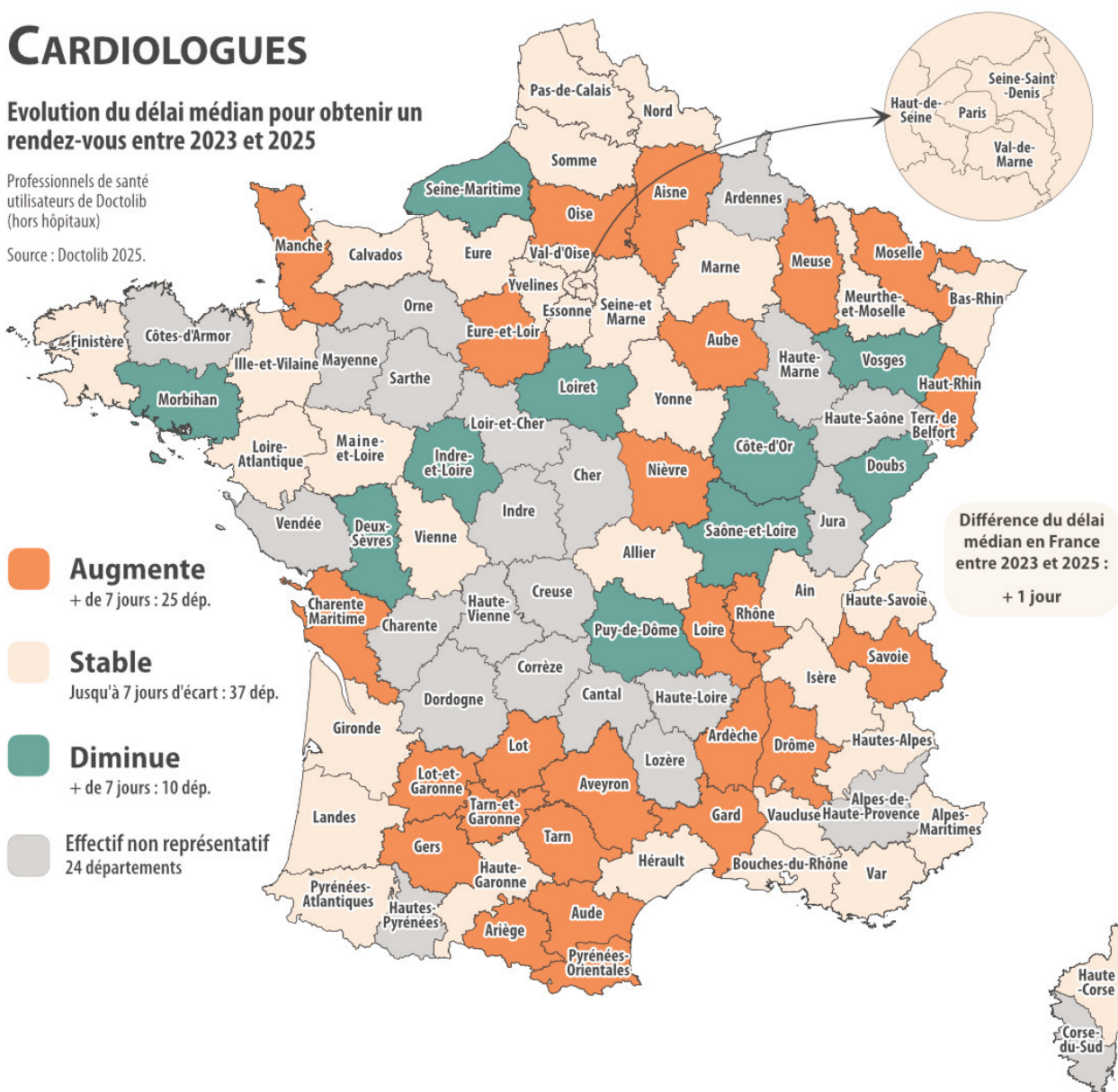
Dans une spécialité où les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité en France, l'ampleur des écarts territoriaux pose un enjeu direct d'égalité d'accès au diagnostic et au suivi. L'écart de 1 à 10 entre Paris (16 jours) et le Gers (164 jours) illustre une fracture qui ne pourra être résorbée par les seuls gains démographiques, et qui appelle des réponses organisationnelles adaptées aux territoires les plus déficitaires.

CARDIOLOGUES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

Face à une demande croissante et à des capacités médicales contraintes, les leviers d'évolution reposent principalement sur une réorganisation des parcours de soins, visant à optimiser l'allocation du temps médical.

- La montée en charge des infirmiers en pratique avancée permet de déléguer une partie du suivi des patients chroniques (titration, surveillance), afin de recentrer les cardiologues sur les situations complexes (IGAS, Sénat, 2024).
- Le développement des organisations coordonnées (ESS, télé-expertise, structuration des suivis post-hospitalisation) vise à fluidifier les parcours et à améliorer l'orientation des patients.
- Des dispositifs spécifiques, comme l'expérimentation Cardio+ ou la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, contribuent à mieux anticiper les décompensations et à réduire les hospitalisations (Société française de cardiologie, 2025). Les premières évaluations locales suggèrent également un effet sur les délais d'accès aux consultations non programmées : en Île-de-France, le dispositif ESS

Cardio+ a permis à plus de 2 000 patients adressés par leur médecin traitant d'obtenir un rendez-vous de cardiologie en moins de 24 heures (Medaviz, 2025). Des résultats comparables sont observés en Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes, dans des territoires particulièrement déficitaires. Ces effets, encore circonscrits, restent à confirmer à plus grande échelle.

Ces leviers s'inscrivent dans une dynamique progressive de transformation de l'offre. Toutefois, les perspectives démographiques restent très contraintes, avec un déséquilibre durable entre départs et nouvelles entrées : environ 300 cardiologues partent chaque année à la retraite, pour un peu moins de 200 postes de DES ouverts annuellement (CNOM, 2026 ; CNCH, 2025).

À moyen terme, la réduction des délais dépendra moins de la seule croissance des effectifs que de la capacité à structurer des parcours différenciés, en priorisant l'accès rapide pour les situations nécessitant une expertise spécialisée, dans un contexte où les tensions d'accès sont appelées à se maintenir.

Références bibliographiques

1. « Les maladies cardiovasculaires en France : fardeau et tendances récentes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Santé publique France, 2025.
2. *Causes of death – cardiovascular diseases, standardised death rate*, France et Union européenne, Eurostat, 2022.
3. *Atlas of Cardiology 2023: cardiovascular disease burden and cardiology services in Europe*, European Society of Cardiology (ESC), 2023.
4. *Atlas de la démographie médicale en France*, Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), 2026.
5. *Projections de population 2018-2070 pour les départements et les régions – Scénario central (modèle Omphale 2022)*, Insee, 8 janvier 2024.
6. *Les infirmiers en pratique avancée : bilan d'étape et perspectives de déploiement*, Rapport IGAS/Sénat, 2024.
7. *Convention médicale 2024-2029*, signée le 4 juin 2024, Titre 5 : Les équipes de soins spécialisés (ESS), CNAM (Caisse nationale de l'Assurance maladie), 2024.
8. *Dispositif innovant Cardio+ au titre de l'article 51 : cahier des charges national et avis du comité technique*, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2025.
9. *Insuffisance cardiaque chronique : solutions de télésurveillance et conditions de prise en charge*, Avis de la HAS sur SATELIA CARDIO et dispositifs apparentés.
10. *Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de spécialité en France. Questions d'économie de la santé*, IRDES, 2023.
11. *Plus de 2 000 patients pris en charge par un cardiologue dans les 24 h grâce à l'ESS Cardio Île-de-France*, Medaviz, 11 juillet 2023.
12. *Objets connectés et télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque*, Société française de cardiologie, 2025.
13. *Démographie des cardiologues – Les données du CNOM, CNCH – Collège national des cardiologues des hôpitaux*, 27 avril 2025.

DES FORMATIONS AUX NOUVEAUX MODÈLES ORGANISATIONNELS DEVRAIENT ÊTRE SYSTÉMATIQUEMENT PROPOSÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Dr Marc VILLACEQUE
Cardiologue libéral (Gard),
président du Conseil national
professionnel cardiovasculaire
(CNPCV), ancien président du
Syndicat national des cardiologues

Une photographie fiable pour poser le diagnostic

L'accès aux soins s'est imposé comme la première préoccupation des Français en matière de santé. Pour cette deuxième édition des Cartes de France de l'accès aux soins, l'analyse des rendez-vous pris sur la plateforme Doctolib offre une photographie inédite de l'accès aux soins. Près de la moitié des cardiologues français utilisant cet agenda, et la méthodologie étant identique depuis trois ans, nous disposons désormais de données fiables, comparables et représentatives pour établir un diagnostic et identifier des solutions concrètes à mettre en place dès aujourd'hui.

Des délais en hausse : décryptage d'une pression croissante

Les délais médians de rendez-vous chez les cardiologues libéraux sont passés de 41 à 42 jours, témoignant d'une pression toujours croissante sur les secrétariats et les professionnels. Pour les patients, ces délais peuvent sembler étonnamment optimistes. Il faut comprendre qu'ils reflètent une moyenne entre les rendez-vous de suivi de

maladies chroniques non urgentes (les plus fréquents) et les demandes de rendez-vous rapides.

Cette dégradation s'explique notamment par :

- le vieillissement de la population française ;
- une augmentation de 2,5 % par an du nombre de patients atteints de maladies cardiovasculaires ;
- une progression toute récente mais encore insuffisante du nombre de cardiologues : si l'on observe une hausse de 10 % sur dix ans, celle-ci n'a véritablement débuté que l'année dernière, et ses effets se feront sentir avec décalage. Par ailleurs, les jeunes cardiologues s'orientent de plus en plus vers le salariat ou l'hyperspécialisation (imagerie, cardiologie interventionnelle), ce qui ne contribue pas à réduire les délais de prise en charge en cardiologie libérale dite générale. À noter que 37 % des cardiologues ont plus de 60 ans, une tranche d'âge qui tend naturellement à adapter son rythme d'activité, rendant d'autant plus nécessaire le renouvellement des effectifs.

Malgré ces délais, près de 18 % de l'activité cardiologique correspond à la prise en charge

rapide de patients : 8 % des demandes sont satisfaites en moins de 48 heures et 5 % en moins de 24 heures. Cela représente une proportion significative, d'autant que les urgences cardiologiques (infarctus du myocarde, décompensations cardiaques...) sont déjà prises en charge directement par les cardiologues hospitaliers privés ou publics.

Des inégalités territoriales qui se creusent

Quand 9 départements affichent des délais moyens supérieurs à 90 jours, 9 autres maintiennent des délais de 15 à 30 jours. Pour 8 départements, on compte moins de 5 cardiologues libéraux, ce qui soulève la question concrète de l'accès aux soins dans ces territoires et constitue par ailleurs l'un des biais de l'étude, ces zones étant *de facto* absentes des données.

On note une évolution des délais médians qui s'aggrave, puisque 29 départements voient leur délai augmenter de plus de 7 jours, 41 restent stables, et seulement 15 connaissent une amélioration significative.

Transformer nos pratiques pour répondre aux enjeux d'accès aux soins

Malgré l'augmentation du nombre de médecins, l'offre médicale restera insuffisante encore quelques années suite à une demande de soins toujours plus nombreuse, plus personnalisée et plus prédictive. Plusieurs solutions existent déjà :

- l'allègement des tâches administratives, grâce aux assistants médicaux et aux outils numériques : meilleure gestion des agendas, télé-

expertise pour fluidifier la coordination entre professionnels ;

- l'intelligence artificielle, avec des outils de dictée et de génération automatique de comptes rendus libérant les professionnels de la prise de notes, et d'autres outils IA directement dans les appareils des cardiologues ;
- la délégation médicale, *via* des protocoles coconstruits avec l'ensemble des acteurs du soin (médecins, infirmiers, pharmaciens...) et le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) ;
- une meilleure organisation collective des soins grâce aux équipes de soins spécialisés (ESS) qui permette une coordination efficace des spécialistes à l'échelon départemental ou régional. La cardiologie est la spécialité qui a créé le plus d'ESS, avec des résultats déjà concrets en Île-de-France et en Maine-et-Loire.

Pour activer ces leviers, des formations aux nouveaux modèles organisationnels devraient être systématiquement proposées aux professionnels de santé.

Accélérer la transformation : une nécessité, pas une option

En conclusion, l'accès aux soins en cardiologie continue de se dégrader, en dépit des efforts d'adaptation organisationnelle consentis par la profession. La croissance insuffisante des effectifs médicaux en est la cause principale. Pour y répondre, un recours plus large à la délégation de tâches, au développement des équipes de soins spécialisées et à l'intelligence artificielle constitue un levier prometteur pour mieux répondre aux besoins de la population.

METTRE LE BON SOIN POUR LE BON PATIENT AU BON MOMENT



Dr Bruno PERROUTY
Neurologue (Vaucluse),
président des spécialistes
CSMF

Des spécialistes libéraux sous pression croissante

L'accès aux soins est un sujet fondamental pour nos concitoyens, qu'il s'agisse de trouver un médecin traitant ou des délais de rendez-vous pour les médecins de toutes spécialités. Il faut bien identifier chez les médecins généralistes ceux qui sont médecins traitants. Ils sont maintenant une minorité des 100 000 médecins spécialistes en médecine générale, ce qui aggrave l'accès à un médecin traitant.

Chez les médecins spécialistes, si l'on regarde l'évolution démographique, il est tout aussi important de distinguer les spécialistes libéraux – dont le nombre, en quinze ans, a diminué de 10 % – des médecins hospitaliers – dont le nombre a augmenté de 13 %. Les médecins libéraux assurent 80 % des consultations et 75 % des actes techniques avec une baisse constante des effectifs, ce qui explique des délais de consultations qui augmentent.

La solution : voir plus de patients différents, moins souvent

La solution devant cette situation, c'est de trouver des situations innovantes permettant à un médecin spécialiste d'augmenter sa file active. Il doit

pouvoir voir plus de patients différents chaque année en les voyant moins souvent.

Pour ce faire, on peut identifier deux solutions innovantes : les Équipes de soins spécialisées (ESS) et la délégation de tâches avec, en particulier, les IPA pour les pathologies chroniques stabilisées.

Les ESS : le pivot du parcours de soins spécialisé

Les ESS, prévues par la loi « Ma santé 2022 » et mises en place par la nouvelle convention du 4 juin 2024, ont pour but de fluidifier le parcours de soins dans un territoire et de favoriser l'accès à des soins non programmés.

L'ESS va faciliter les relations entre les médecins traitants et les autres professionnels de santé, d'une part, et les spécialistes de l'ESS, d'autre part. La fluidité est permise par une coordinatrice et par des moyens numériques de communication, en particulier la télé-expertise.

Les spécialistes de l'ESS ont des créneaux dédiés aux soins non programmés et mettent à disposition un système de télé-expertise rendue plus facile par les nouveaux logiciels. La télé-expertise va permettre de donner des réponses rapides et sécurisées, avec une traçabilité, à des questions simples, améliorant la pertinence des

consultations de premier recours tout en évitant des consultations inutiles.

Les délais de consultation auprès des spécialistes doivent être évalués non pas sur un agenda en accès libre mais pour les consultations dans le cadre du parcours de soins. Dans ce cadre, les ESS permettent une réduction des délais par une coordination optimisée rendant la réponse adaptée et plus pertinente.

Il faut rappeler que l'ESS permet également de fluidifier, grâce à la coordinatrice, l'accès aux centres experts, à l'imagerie ou aux services hospitaliers.

IPA et téléconsultation : des leviers complémentaires

L'autre solution pour voir plus de patients différents, c'est la délégation de tâches, en particulier

avec les IPA. Le spécialiste peut voir son patient une fois par an et le suivi est assuré dans l'intervalle par l'IPA avec des consultations mais aussi avec une possibilité pour le patient de contacter à tout moment l'IPA. Par ailleurs, l'IPA travaille en collaboration avec le médecin spécialiste, permettant un suivi pertinent et de qualité.

Il y a d'autres moyens pouvant favoriser l'augmentation des files actives des spécialistes et l'accès à leur expertise, en particulier les téléconsultations si elles se font dans le respect des règles conventionnelles.

Ces moyens innovants doivent permettre, malgré les contraintes démographiques, d'offrir le bon soin au bon patient au bon moment.

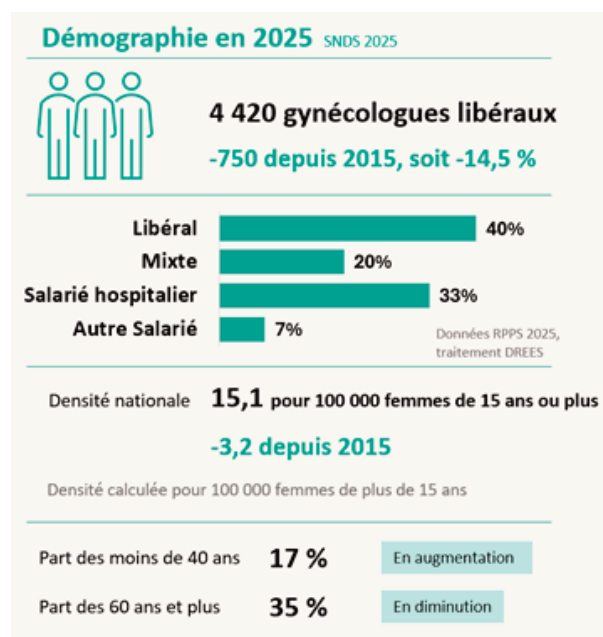
Gynécologie médicale et obstétrique

Une démographie en recul structurel, une offre libérale sous pression croissante

En 2025, la France compte 4 420 gynécologues libéraux, en recul de -750 depuis 2015, soit -14,5 %, dans une spécialité dont l'activité reste largement portée par l'exercice libéral (SNDS, 2025). La structure d'exercice est plurielle : 40 % en libéral exclusif, 20 % en exercice mixte, 33 % salariés hospitaliers et 7 % dans d'autres formes de salariat, ce qui ancre une part importante de l'offre dans les établissements de santé et concentre les tensions sur les consultations de ville. La densité s'établit à 15,1 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus, en recul de 3,2 points depuis 2015, et 35 % des praticiens libéraux ont 60 ans ou plus (en diminution), laissant anticiper des départs importants dans les prochaines années. Seuls 17 % ont moins de 40 ans (en augmentation), signal insuffisant pour enrayer la contraction des effectifs à moyen terme (SNDS, 2025). Mais la lecture de l'ensemble des modes d'exercice et des sous spécialités de gynécologie (médicale, obstétricale et mixte) montre une profession nettement plus jeune : 16 % de gynécologues âgés de 60 ans ou plus et 36 % âgés de moins de 40 ans (CNOM, 2026).

Ces fragilités s'inscrivent dans un contexte de besoins soutenus. Les perturbations observées dans les parcours de soins, notamment lors de la pandémie, ont montré que les retards de dépistage peuvent conduire à des diagnostics plus tardifs des cancers du sein et du col de l'utérus, avec un impact direct sur les chances de survie (OCDE, 2022). C'est dans ce contexte que la contraction des effectifs gynécologiques revêt une portée qui dépasse la seule question de l'accessibilité.

Au sein de cette spécialité, la gynécologie médicale apparaît particulièrement sous tension : les effectifs sont passés de 1 945 en 2007 à 816 en 2023, pour près de 30 millions de femmes concernées. Cette



pénurie se traduit directement sur le territoire : 11 départements sont ainsi dépourvus de gynécologue médical et près d'un quart des Françaises vivent dans un désert médical gynécologique (Sénat, 2025). Les conséquences sont multiples : difficultés d'accès à la contraception, à l'IVG, au dépistage des cancers, à la prise en charge de l'endométriose ou au suivi ménopausique.

Face à cette pénurie, les sages-femmes jouent un rôle croissant dans le suivi gynécologique de premier recours, en particulier dans les territoires les plus fragiles. Leur recours hors grossesse a doublé en dix ans (Roquebert, Panjo, Franc, 2025), illustrant une réorganisation partielle de l'offre qui s'inscrit dans une demande soutenue : 251 270 IVG ont été enregistrées en 2024, dont une part importante réalisée hors établissement de santé (Drees, 2025 ; Vie-publique.fr, 2025). Les inégalités d'accès présentent par ailleurs une dimension sociale que ces évolutions organisationnelles ne suffisent pas à résorber : les femmes les moins diplômées recourent moins aux soins gynécologiques, cumulant vulnérabilités sociales et territoriales (ORS Île-de-France, 2022).

Une amélioration limitée des délais, dans un contexte toujours contraint

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	21	19	- 2 jours
Part de RDV en moins de 24 h	8 %	9 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	13 %	14 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	72 %	70 %	- 2 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	1 714	1 675	- 2 %

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous s'établit à 19 jours, en recul de 2 jours par rapport à 2023. Cette amélioration reste limitée et ne modifie pas la structure des délais : 70 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, tandis que l'accès rapide demeure marginal (9 % en moins de 24 heures, 14 % en moins de 48 heures).

Ces délais prennent une dimension particulière au regard des enjeux de prévention et de dépistage. Les retards d'accès peuvent conduire à des diagnostics plus tardifs, notamment pour les cancers du sein et du col de l'utérus (OCDE, 2022). Les travaux parle-

mentaires soulignent également que l'allongement des délais affecte la prise en charge de pathologies chroniques, comme l'endométriose, et contribue à des situations de renoncement ou de report de soins (Sénat, 2025).

La file active annuelle atteint 1 675 patients par praticien, en légère baisse. Ce niveau élevé traduit une capacité de suivi déjà fortement mobilisée. La téléconsultation, qui représente environ 3 % de l'activité, reste trop peu développée pour constituer un levier significatif de réduction des délais à court terme.

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 19 jours, mais les écarts sont importants. 54 % des départements se situent entre 16 et 30 jours, 23 % entre 31 et 45 jours, et 5 % dépassent 46 jours. Seuls 18 % présentent des délais inférieurs à 15 jours.

Les délais les plus élevés se concentrent dans le nord de la Nouvelle-Aquitaine et le centre (Cher, 56 jours ; Haute-Vienne, 51 jours ; Deux-Sèvres, 46 jours ; Vendée, 47 jours ; Vienne, 35 jours), formant un ensemble cohérent de territoires en forte tension.

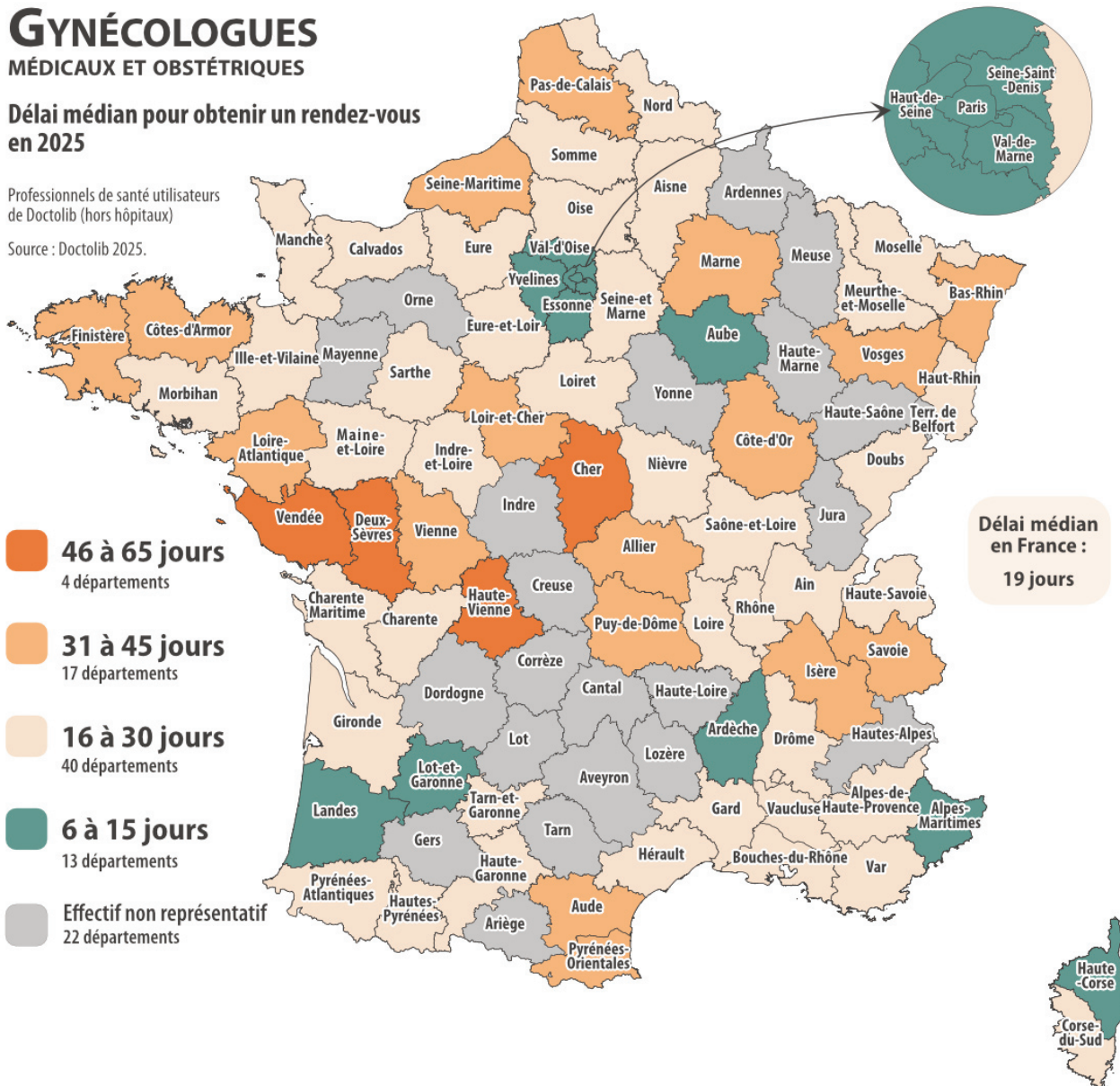
Des niveaux élevés s'observent également en Bourgogne (Allier, 41 jours ; Côte-d'Or, 40 jours). À l'inverse, l'Île-de-France conserve les délais les plus courts (10 à 16 jours), de même que le littoral méditerranéen (Alpes-Maritimes, 14 jours ; Hérault, 16 jours) et la Haute-Corse (7 jours). L'écart de 1 à 8 entre la Haute-Corse et le Cher illustre une fracture territoriale qui reflète directement la contraction de la gynécologie médicale libérale, dont les effectifs ont chuté de 1 945 à 816 praticiens entre 2007 et 2023.

GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRIQUES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, la dynamique est plutôt favorable. 22 % des départements enregistrent une baisse des délais, 73 % restent stables et seulement 5 % se dégradent. Les améliorations les plus marquées concernent les Alpes-de-Haute-Provence (-38 jours), les Hautes-Pyrénées (-30 jours), la Drôme (-19 jours) et la Somme (-14 jours), sans logique régionale unique. Les rares hausses significatives touchent la Corse-du-Sud et l'Aude (+11 jours) et la Manche (+7 jours).

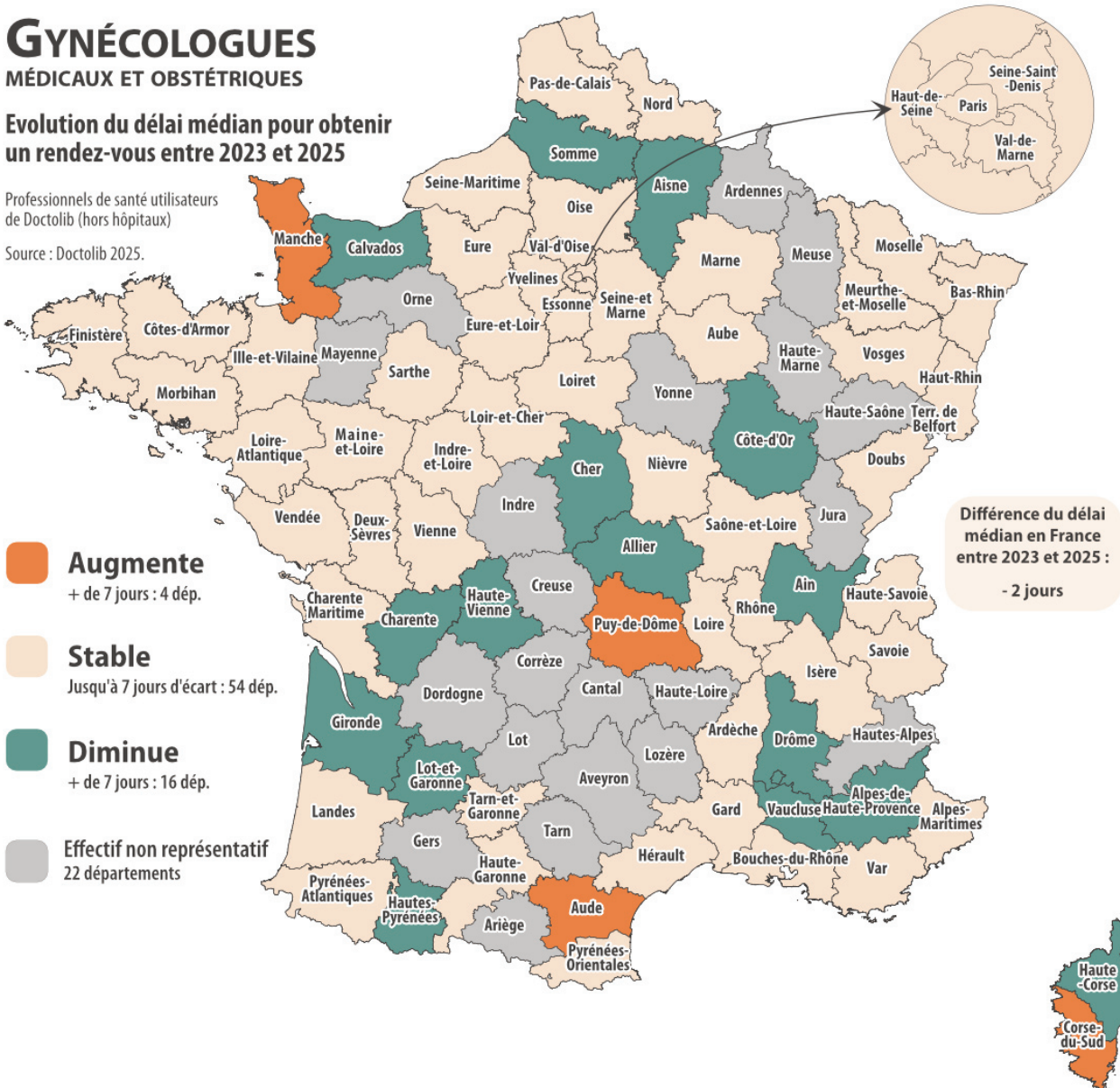
Cette baisse globale des délais (-2 jours au niveau national) constitue un signal positif, mais elle ne doit pas masquer la persistance de déséquilibres structurels profonds. Dans les territoires les plus touchés, l'accès au suivi gynécologique repose sur un nombre très restreint de praticiens, rendant les délais sensibles à tout départ en retraite. Le transfert progressif du suivi de premier recours vers les sages-femmes atténue ces tensions, mais ne peut se substituer à l'offre de gynécologie médicale pour les pathologies complexes.

GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRIQUES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

La démographie des gynécologues reste structurellement contrainte. La stagnation des effectifs, le vieillissement de la profession et la contraction de la gynécologie médicale limitent les perspectives d'amélioration à moyen terme. La baisse récente des postes d'internat (91 à 79 entre 2023 et 2025) renforce ce risque (Sénat, 2025).

Dans ce contexte, les leviers d'évolution reposent principalement sur une réorganisation de l'offre. La montée en compétence des sages-femmes constitue le levier le plus opérationnel : leur rôle croissant dans le suivi gynécologique permet de compenser partiellement les tensions, notamment dans les territoires sous-dotés (Roquebert, Panjo, Franc, 2025). Cette dynamique nécessite toutefois un accompagnement structuré pour répondre à l'ampleur des besoins.

La réduction des inégalités d'accès suppose également d'articuler enjeux territoriaux et sociaux. Les populations les plus vulnérables cumulent éloignement géographique et difficultés financières, ce qui limite le recours aux soins (ORS Île-de-France, 2022). La téléconsultation, bien que marginale, peut constituer un levier complémentaire pour certains motifs de suivi.

Enfin, l'amélioration de l'accès repose sur une meilleure coordination entre professionnels : gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes. Le développement de structures pluriprofessionnelles, de consultations avancées et des coopérations ville-hôpital constitue un levier essentiel, dont les effets restent encore partiels, mais structurants à moyen terme.

Références bibliographiques

1. *En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses*, Études et Résultats, n° 1350, Drees, 2025.
 2. *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux les grands remèdes*, Rapport d'information n° 137, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Sénat, 2024.
 3. *Situation alarmante de la gynécologie médicale en France*, Question écrite n°04680, session ordinaire 2025-2026, Sénat, 2025.
 4. *Les politiques de lutte contre la désertification médicale*, Synthèse documentaire. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), 2023.
 5. Quitterie Roquebert, Henri Panjo, Carine Franc, « Strengthening primary health care: The new contribution of midwives to gynecological care in France », *Health Policy*, vol. 161, n°105397, novembre 2025.
 6. *Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France*, Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS Île-de-France), 2022.
 7. *Health at a Glance: Europe 2022*, Organisation de coopération et de développement économiques, 2022.
 8. *Auxiliaires médicaux et sages-femmes : comparaisons internationales*, Fiche 42 « Comparaisons internationales des auxiliaires médicaux et sages-femmes », dans *Les dépenses de santé en 2015* – édition 2016, Ministère des Solidarités et de la Santé.
 9. *L'IVG en France : état des lieux 2024*, Vie-publique.fr, 2025.
-

Ophthalmologie

Une démographie stabilisée, mais une transformation organisationnelle décisive

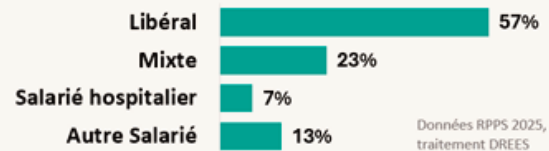
En 2025, la France compte 4 421 ophtalmologues libéraux, en recul de -264 depuis 2015, soit -5,6 %, après plusieurs années de baisse qui avaient alimenté des projections très défavorables sur l'évolution de l'offre (SNDS, 2025). Cette stabilisation intervient après un pic de départs à la retraite entre 2018 et 2023 et s'accompagne d'un début de renouvellement générationnel : l'âge moyen de la profession diminue depuis 2018, passant de 54 à 52 ans. Toutefois, avec 37 % d'ophtalmologues libéraux de 60 ans ou plus (en diminution) et seulement 21 % de moins de 40 ans (en augmentation), la contrainte démographique reste réelle à moyen terme (SNDS, 2025). En considérant l'ensemble des modes d'exercice (libéral, mixte et salarié), la pyramide des âges apparaît plus jeune : les médecins de 60 ans et plus ne représentent plus que 21 % des effectifs, tandis que les moins de 40 ans en constituent déjà 33 % (CNOM, 2026).

La densité nationale s'établit à 6,5 ophtalmologues libéraux pour 100 000 habitants, en recul de 0,6 point depuis 2015, pour une densité tous modes confondus de 9 pour 100 000 habitants, niveau proche de la moyenne européenne (SNDS, 2025). L'exercice est majoritairement libéral : 57 % en libéral exclusif, 23 % en mode mixte, les salariés hospitaliers ne représentant que 7 % des effectifs. Cette organisation confère une certaine souplesse d'adaptation de l'offre, mais elle s'accompagne d'inégalités territoriales et financières liées à la concentration de l'offre en secteur 2 et aux dépassements d'honoraires, qui limitent l'accessibilité dans les territoires et populations les moins favorisés (IRDES, 2026).

Démographie en 2025 SNDS 2025



4 421 ophtalmologues libéraux
-264 depuis 2015, soit -5,6 %



Densité nationale **6,5 pour 100 000 habitants**
-0,6 depuis 2015

Part des moins de 40 ans	21 %	En augmentation
Part des 60 ans et plus	37 %	En diminution

C'est précisément pour compenser cette contrainte démographique et ces tensions d'accès que la transformation organisationnelle de la spécialité prend toute son importance. Le développement du travail aidé, impliquant orthoptistes, opticiens, infirmiers et assistants médicaux, concerne désormais 85 % des ophtalmologues et permet de recentrer l'activité médicale sur les actes à plus forte valeur ajoutée. Parallèlement, le développement des sites multiples conduit près de 15 % des praticiens à exercer sur plu-sieurs lieux, avec 626 cabinets supplémentaires répartis sur le territoire, constituant le principal levier de la réduction des délais observée depuis plusieurs années (CSA/SNOF, 2025).

Cette organisation s'appuie enfin sur un accès direct à la spécialité, sans passage préalable par un médecin traitant, ce qui permet une orientation rapide des patients et contribue à la fluidité de l'accès aux soins visuels.

Une amélioration des délais portée par une réorganisation de la filière

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	25	21	- 4 jours
Part de RDV en moins de 24 h	9 %	9 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	13 %	14 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	74 %	72 %	- 2 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	4 123	4 211	+ 2 %

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous s'établit à 21 jours, en recul de 4 jours par rapport à 2023. Cette amélioration s'inscrit dans une trajectoire continue depuis 2017, avec des délais divisés par plus de deux (de 43 jours en 2019 à environ 20 jours en 2025) (CSA/SNOF, 2025). L'ophtalmologie apparaît ainsi comme une spécialité atypique, ayant réussi à réduire ses délais tout en absorbant une demande croissante.

Cette organisation repose sur une distinction entre deux types de demandes : les consultations de suivi programmé (entre 3 à 5 ans), majoritaires (renouvellement, contrôle), et les demandes de soins non programmés liées à l'apparition de symptômes. Cette dualité structure les délais observés, en permettant une réponse différenciée selon le niveau d'urgence.

La structure des rendez-vous reste toutefois marquée par une forte part de consultations programmées :

72 % au-delà de 7 jours, avec une faible proportion d'accès rapide (9 % en moins de 24 heures, 14 % en moins de 48 heures). Cette configuration reflète la nature des soins ophtalmologiques, largement orientés vers le suivi et le contrôle.

La distinction selon les motifs est déterminante : pour les consultations liées à des symptômes, le délai médian est significativement plus court (4 jours), traduisant une capacité de réponse adaptée aux situations nécessitant une prise en charge rapide (CSA/SNOF, 2025 ; Revue des opticiens, 2025).

La file active élevée (4 211 patients par praticien) et en progression confirme que la réduction des délais repose sur des gains d'efficacité organisationnelle, et non sur une augmentation des effectifs.

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 21 jours, mais les écarts sont considérables. 36 % des départements se situent entre 31 et 60 jours, 33 % entre 16 et 30 jours, et 13 % dépassent 60 jours. Seuls 18 % présentent des délais inférieurs à 15 jours.

Les délais les plus élevés se concentrent dans l'Ouest et le centre du territoire, formant un arc de la Bretagne (Côtes-d'Armor, 84 jours ; Morbihan, 59 jours) à la Normandie (Manche, 90 jours), en passant par les Pays de la Loire (Vendée, 95 jours ; Sarthe, 53 jours)

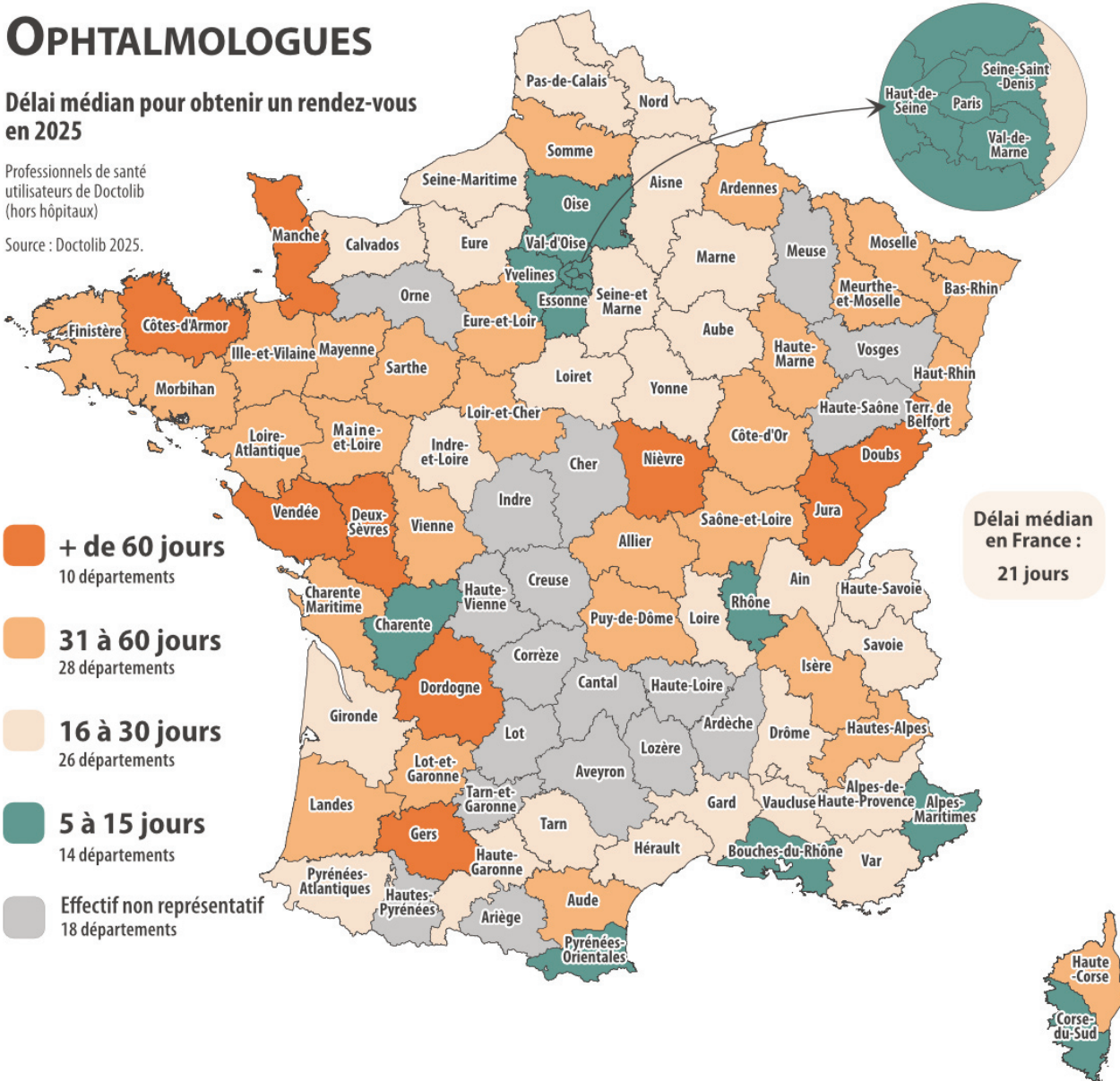
et le centre (Nièvre, 64 jours). Le Gers, avec 153 jours, constitue un cas extrême. Des tensions marquées apparaissent également dans le massif jurassien (Jura, 81 jours ; Doubs, 72 jours). À l'inverse, l'Île-de-France bénéficie des délais les plus courts (5 à 16 jours), de même que le littoral méditerranéen (Alpes-Maritimes, 10 jours ; Pyrénées-Orientales, 13 jours ; Bouches-du-Rhône, 14 jours). L'écart de 1 à 30 entre la Seine-Saint-Denis (5 jours) et le Gers (153 jours) illustre l'ampleur des inégalités territoriales dans une spécialité pourtant où les délais ne cessent de s'améliorer.

OPHTALMOLOGUES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, la dynamique est favorable, mais hétérogène. 30 % des départements enregistrent une baisse des délais, 51 % restent stables et 19 % se dégradent. Les améliorations les plus marquées se concentrent dans le quart Sud-Est (Haute-Savoie, -25 jours ; Ain, -11 jours ; Isère et Drôme, -9 jours) et dans le Val de Loire (Deux-Sèvres, -65 jours ; Indre-et-Loire, -34 jours ; Vienne, -24 jours ; Loire-Atlantique, -19 jours). Les hausses les plus fortes touchent des territoires déjà en tension (Gers, +38 jours ; Jura, +36 jours ; Vendée, +32 jours ; Nièvre, +30 jours), accentuant les déséquilibres existants.

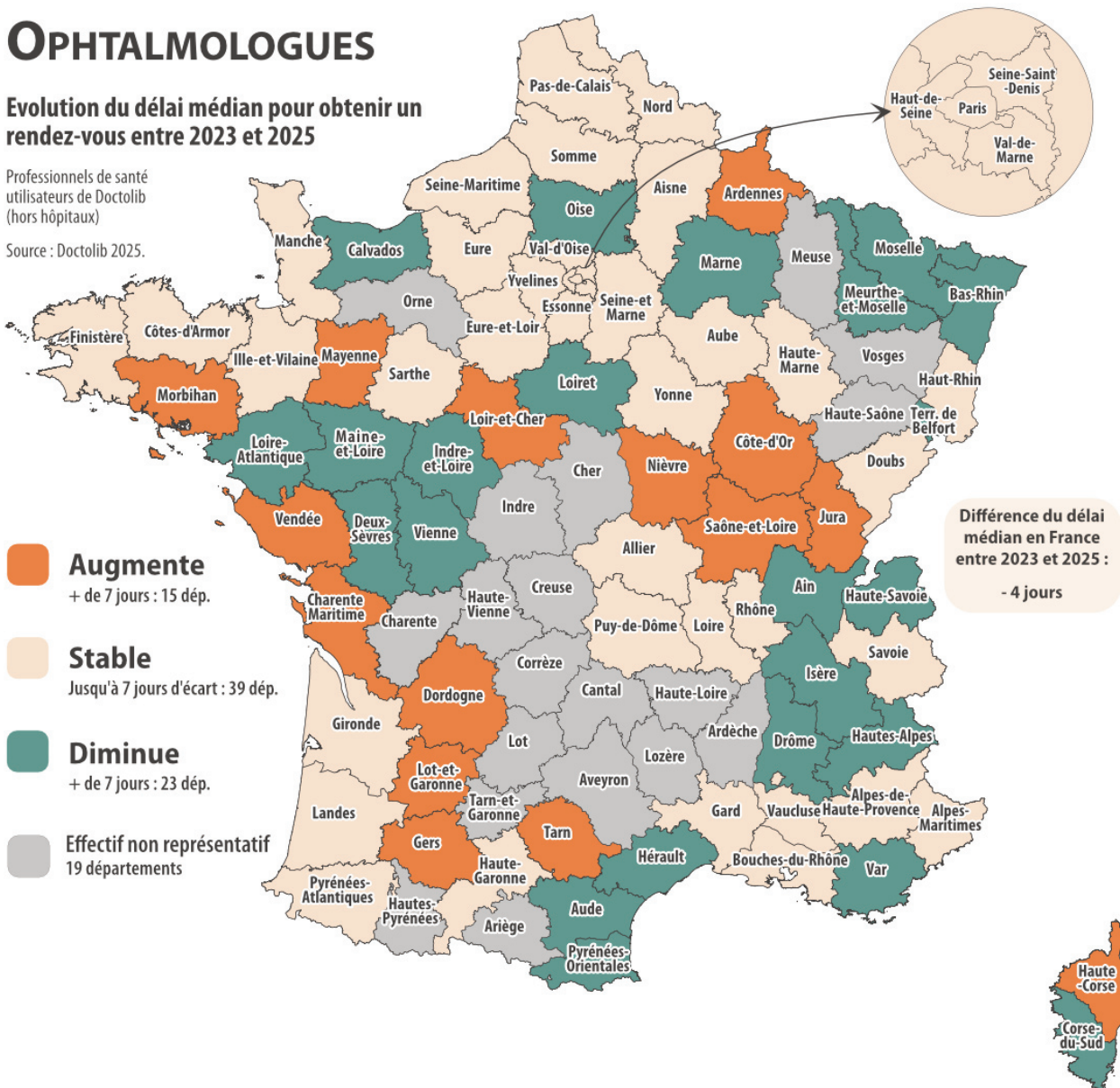
Ces résultats confirment que la dynamique positive observée à l'échelle nationale (division par deux des délais depuis 2017) ne bénéficie pas uniformément au territoire. Le travail aidé, principal levier de cette amélioration, se déploie prioritairement dans les zones les mieux dotées, renforçant les écarts avec les territoires déficitaires. L'enjeu réside moins dans la poursuite des gains d'efficacité que dans leur diffusion vers les départements où l'accès aux soins visuels reste le plus contraint.

OPHTALMOLOGUES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

L'ophtalmologie constitue un cas singulier dans le paysage des spécialités médicales : l'amélioration de l'accès aux soins repose principalement sur une transformation organisationnelle, et non sur la démographie. À effectifs quasi constants, la spécialité a réussi à réduire significativement ses délais tout en augmentant le volume de patients suivis. Cette structuration permet également d'absorber une part significative des soins non programmés, grâce à une organisation plus flexible des agendas et à une répartition des tâches entre professionnels.

Le travail aidé constitue le levier central de cette transformation. Déployé chez 85 % des praticiens, il repose sur une organisation en équipe permettant de déléguer les actes standardisés aux orthoptistes et assistants, et de concentrer le temps médical sur les actes complexes. Ce modèle a permis une amélioration substantielle des délais sans augmentation des effectifs médicaux.

Le développement des sites multiples et consultations avancées complète ce dispositif. Près de 15 %

des ophtalmologues exercent sur plusieurs sites, ce qui améliore l'accessibilité géographique, en particulier dans les territoires intermédiaires et certaines zones sous-dotées. Ces organisations permettent d'étendre l'offre sans modification de la démographie médicale.

Ces évolutions restent toutefois partiellement limitées par la répartition territoriale des professionnels. Les orthoptistes, bien qu'au cœur du modèle, sont majoritairement implantés dans les mêmes territoires que les ophtalmologues, ce qui limite leur capacité à corriger les déséquilibres (Cour des comptes, 2024).

À moyen terme, les perspectives apparaissent plus favorables que dans d'autres spécialités, grâce à un renouvellement générationnel engagé et à des organisations déjà structurées. L'enjeu porte désormais sur la diffusion de ces modèles et leur capacité à réduire durablement les inégalités territoriales, dans un contexte où la demande en soins visuels continue de progresser.

Références bibliographiques

1. « Quels délais pour obtenir un RDV chez un ophtalmologiste en France ? Enquête CSA-SNOF 2025 – 7^e édition », *La revue de l'ophtalmologie française*, n°250, 2025.
 2. *Accès aux soins visuels (ophtalmologie) dans les zones rurales*, Question écrite n°3780 et réponse ministérielle, XV^e législature, Assemblée nationale, 2025.
 3. *Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France : le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes*, Questions d'économie de la santé, n°305, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 2026.
 4. *L'organisation territoriale des soins de premiers recours*, Rapport public thématique, Cour des comptes, mai 2024.
 5. *Avis n°2023.0035/AC/SBP relatif au protocole de coopération national « Réalisation d'un bilan visuel en présentiel par un orthoptiste chez les patients de 6 à 65 ans »*, HAS, 2023.
-

DES DÉLAIS TOUJOURS PLUS COURTS : L'EXEMPLE DE LA FILIÈRE VISUELLE



Dr Vincent DEDES
Ophtalmologue (Nord),
président du SNOF

Des chiffres qui traduisent une tendance de fond

L'étude de Doctolib confirme la poursuite de l'amélioration de l'accès à un ophtalmologue, avec un délai médian de 21 jours (baisse de 16 % en deux ans). Bien qu'il reste des disparités, cette réduction des délais concernent plus d'un tiers des départements, et ce particulièrement dans le centre de la France.

L'ophtalmologie est une spécialité à accès direct qui répond au premier recours et au second recours.

Cet observatoire basé sur des chiffres de vie réelle confirme la tendance observée ainsi que les chiffres des enquêtes du CSA-SNOF publiées depuis sept ans.

Le modèle des « trois O » : une coopération qui fait ses preuves

Cette amélioration de l'accès aux soins visuels a été réalisée avec une démographie ophtalmologique stable. Malgré cela, les ophtalmologistes ont su répondre aux défis de l'augmentation de la demande de soins. Cela a été possible grâce à une transformation profonde de la filière visuelle depuis dix ou quinze ans avec une coopération entre les « trois O » (orthoptistes, opticiens, ophtalmologistes).

Plusieurs leviers ont été utilisés :

- regroupement des ophtalmologistes afin de pouvoir investir massivement dans leur outil de travail ;
- travail aidé en équipe pluriprofessionnelle (orthoptiste, infirmiers, assistants médicaux, opticiens). Actuellement, 85 % des ophtalmologistes sont en travail aidé et 100 % pour les cabinets de plus de 4 ophtalmologistes ;
- protocole de coopération au sein et en dehors des cabinets d'ophtalmologie, avec les orthoptistes salariés ou libéraux ;
- délégation de tâches sous conditions aux orthoptistes (renouvellement optique, dépistage visuel des enfants en bas âge et primo-prescription optique) et aux opticiens (renouvellement optique) ;
- création de circuits spécifiques pour la prise en soins des pathologies et du second recours, par l'intermédiaire de la prise de rendez-vous en ligne et la création d'Équipes de soins spécialisés (ESS) en ophtalmologie ;
- télé-médecine.

Des dérives à encadrer pour sécuriser les parcours

Comme toutes transformations rapides, celles-ci ont malheureusement été sources de confusions et de dérives. Il existe un besoin important de

cadre de certaines pratiques (référencement clair des professions de santé sur les sites de rendez-vous en ligne, respect des critères d'inclusion et d'exclusion des protocoles de coopération, respect du code de déontologie pour la télé-médecine, etc.). Les patients ont également besoin de pédagogie pour qu'ils puissent bénéficier d'un parcours de soins clair et qualitatif pour leur santé visuelle.

Une répartition territoriale en cours d'amélioration

Nous assistons également à une meilleure répartition des ophtalmologistes sur le territoire grâce aux développements des sites multiples à proximité des patients. Ces sites assurent aux patients du territoire une continuité des soins par une présence réelle de l'ophtalmologiste au minimum deux jours par semaine. Près de 15 % des ophtalmologistes consultent en présentiel sur au moins deux sites, cela représente 650 cabinets supplémentaires à disposition des patients.

Un horizon démographique prometteur

Ces améliorations devraient se poursuivre et s'amplifier. En effet, une augmentation importante de

soignants dans les années à venir est à prévoir. Les difficultés démographiques sont derrière nous. Les études de la Drees et du CNOM prévoient une augmentation de 40 % du nombre de médecins à l'horizon 2040.

Dans la filière visuelle, nous assistons depuis deux ans à un nombre d'installations supérieur au nombre de départs en retraite pour les ophtalmologistes. Ce solde positif devrait également s'amplifier.

Les chiffres de l'atlas démographique du CNOM 2026 illustrent un rajeunissement important de l'âge moyen des ophtalmologistes en activité (21 % pour les plus de 60 ans *versus* 33 % pour les moins de 40 ans). Le nombre de départs en retraite va fortement baisser, il s'agit de la génération formée lors de la période où le *numerus clausus* était le plus faible. Parallèlement, le nombre d'orthoptistes progresse de 7 % par an.

La filière visuelle a donc répondu au challenge actuel et semble bien préparé pour les défis de demain : pathologies liées au vieillissement et au développement des pathologies chroniques, amélioration de la prévention (dépistage, freination de la myopie), réduction des déplacements des patients à mobilité réduite, utilisation pertinente et déontologique de la télé-médecine...

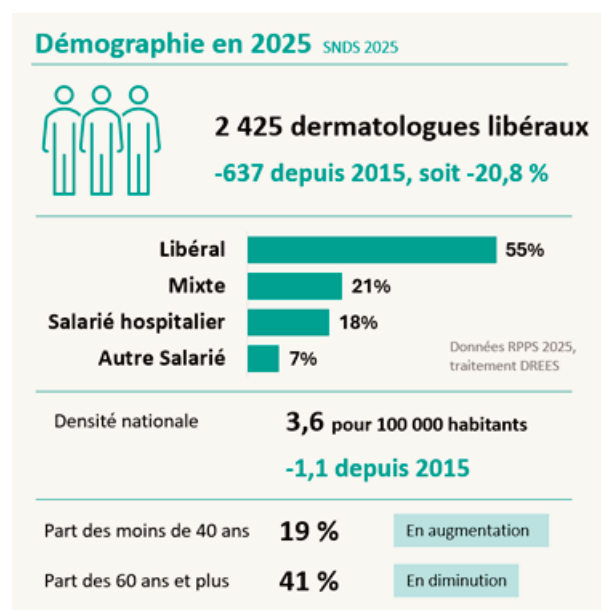
Dermatologie

Une démographie en érosion accélérée, une spécialité sous pression croissante

En 2025, la France compte 2 425 dermatologues libéraux, en recul de -637 depuis 2015, soit -20,8 %, dans une spécialité dont la structure d'exercice reste majoritairement libérale (SNDS, 2025). Cette baisse s'explique par un déséquilibre durable entre départs à la retraite et nouvelles installations, dont les projections à l'horizon 2035 confirment l'ampleur : 1 384 départs pour 1 008 entrées, soit un effectif estimé à 2 065 dermatologues, correspondant à une nouvelle diminution d'environ 15 % par rapport aux niveaux actuels (Réseau Pro Santé, 2025). Cette trajectoire résulte en partie de décisions historiques de régulation des effectifs, notamment la suppression des certificats d'études spécialisées en 1984 et les dispositifs d'incitation à la cessation anticipée d'activité maintenus jusqu'au début des années 2000, dont les effets continuent de peser sur la démographie de la spécialité.

La structure d'exercice est majoritairement libérale : 55 % des dermatologues exercent en libéral exclusif, 21 % en mode mixte, 18 % sont salariés hospitaliers et 7 % relèvent d'autres formes de salariat. La densité nationale s'établit à 3,6 dermatologues libéraux pour 100 000 habitants, en recul de 1,1 point depuis 2015, alors que plusieurs analyses situent le besoin minimal entre 5 et 6 pour 100 000 habitants tous modes confondus et que la plupart des pays européens comparables se situent plutôt entre 6 et 7. Cette comparaison doit toutefois être interprétée avec prudence, les organisations de soins variant selon les pays.

La profession est fortement vieillissante : 41 % des dermatologues libéraux ont 60 ans ou plus (en diminution) et seulement 19 % ont moins de 40 ans (en augmentation), ce qui laisse anticiper des départs à la retraite importants dans les prochaines années, peu susceptibles d'être compensés par les



nouvelles entrées. Cependant, en considérant l'ensemble des modes d'exercice, la pyramide des âges des dermatologues apparaît nettement plus jeune : 23 % ont 60 ans ou plus, tandis que 33 % ont moins de 40 ans (CNOM, 2026). Le nombre de postes ouverts à l'internat en dermatologie-vénérologie s'élève à 102 en 2024, après un pic de 113 en 2023, un niveau insuffisant au regard des besoins projetés (ARS Île-de-France, 2024 ; Réseau Pro Santé, 2025).

Ces tensions démographiques ne se répartissent pas uniformément sur le territoire. L'Île-de-France en constitue un exemple particulièrement révélateur : 49 % des dermatologues franciliens ont 60 ans ou plus, soit une pyramide des âges plus défavorable que la moyenne nationale, alors même que la région concentre 27 % de l'effectif national, dont près de la moitié à Paris. Cet exemple illustre les écarts structurels importants entre territoires, où la concentration de l'offre dans les grandes métropoles masque des situations de tension extrême en périphérie.

La dermatologie joue par ailleurs un rôle central dans le diagnostic et le suivi des cancers cutanés,

qui représentent environ un tiers des cancers diagnostiqués en France, avec une incidence en forte augmentation (Réseau Pro Santé, 2025). L'accès aux soins recouvre ainsi une double inégalité, à la fois territoriale et financière : la répartition inégale des praticiens et la prédominance du secteur 2 contribuent à une accessibilité plus faible dans les

territoires et populations les moins favorisés (IRDES, 2026). Malgré un taux de survie à 5 ans élevé pour les mélanomes lorsqu'ils sont diagnostiqués précocement (autour de 90-95 %), ces cancers restent responsables d'environ 2 % des décès par cancer en France, ce qui souligne l'enjeu du repérage précoce (INCa, 2025).

Une amélioration limitée des délais dans un contexte de tension persistante

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	35	32	- 3 jours
Part de RDV en moins de 24 h	8 %	8 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	12 %	12 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	77 %	76 %	→ stable
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	2 517	2 437	- 3 %

En 2025, le délai s'établit à 32 jours, en recul de 3 jours par rapport à 2023. Cette amélioration reste relative et doit être replacée dans une trajectoire historique marquée par des délais très élevés, avec un délai national moyen estimé à 95 jours en 2019-2020, et des écarts extrêmes selon les territoires (Le Guide Santé/Caducee.net, 2020).

La structure des rendez-vous traduit une tension persistante : 76 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, et l'accès rapide demeure marginal (8 % en moins de 24 heures, 12 % en moins de 48 heures), proportions restées stables entre 2023 et 2025. Dans une spécialité où le dépistage précoce est déterminant, ces délais posent des enjeux cliniques directs (INCa, 2025).

Cette organisation reflète une forte proportion de consultations programmées (suivi, contrôle), qui mobilisent durablement les agendas et limitent la

capacité d'accueil des nouvelles demandes. La télé-expertise dermatologique (environ 40 000 actes mensuels) constitue désormais un levier structurant d'orientation en amont permettant de prioriser les situations à enjeu diagnostique et d'optimiser l'accès aux consultations présentielles, même si son déploiement reste encore en deçà des besoins identifiés. La téléconsultation directe demeure, quant à elle, très marginale.

La file active annuelle atteint 2 437 patients par praticien, en légère baisse. Ce niveau élevé traduit une capacité de prise en charge déjà fortement mobilisée. Dans ce contexte, le développement des actes esthétiques, mieux valorisés, peut contribuer à réduire la disponibilité pour les soins médicaux, même si cet effet reste difficile à quantifier précisément (Réseau Pro Santé, 2025 ; Berkaoui, 2024 ; SFD, 2025).

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 32 jours, avec des écarts importants. 61 % des départements se situent entre 31 et 60 jours, 14 % entre 61 et 90 jours, et 2 % dépassent 90 jours. Seuls 24 % présentent des délais inférieurs à 30 jours.

Les délais les plus élevés s'observent dans le nord (Aisne, 90 jours ; Pas-de-Calais, 82 jours), en Bourgogne et dans le Massif central (Saône-et-Loire, 81 jours ; Loire, 69 jours ; Puy-de-Dôme, 65 jours) et dans les Pyrénées-Orientales (86 jours). À

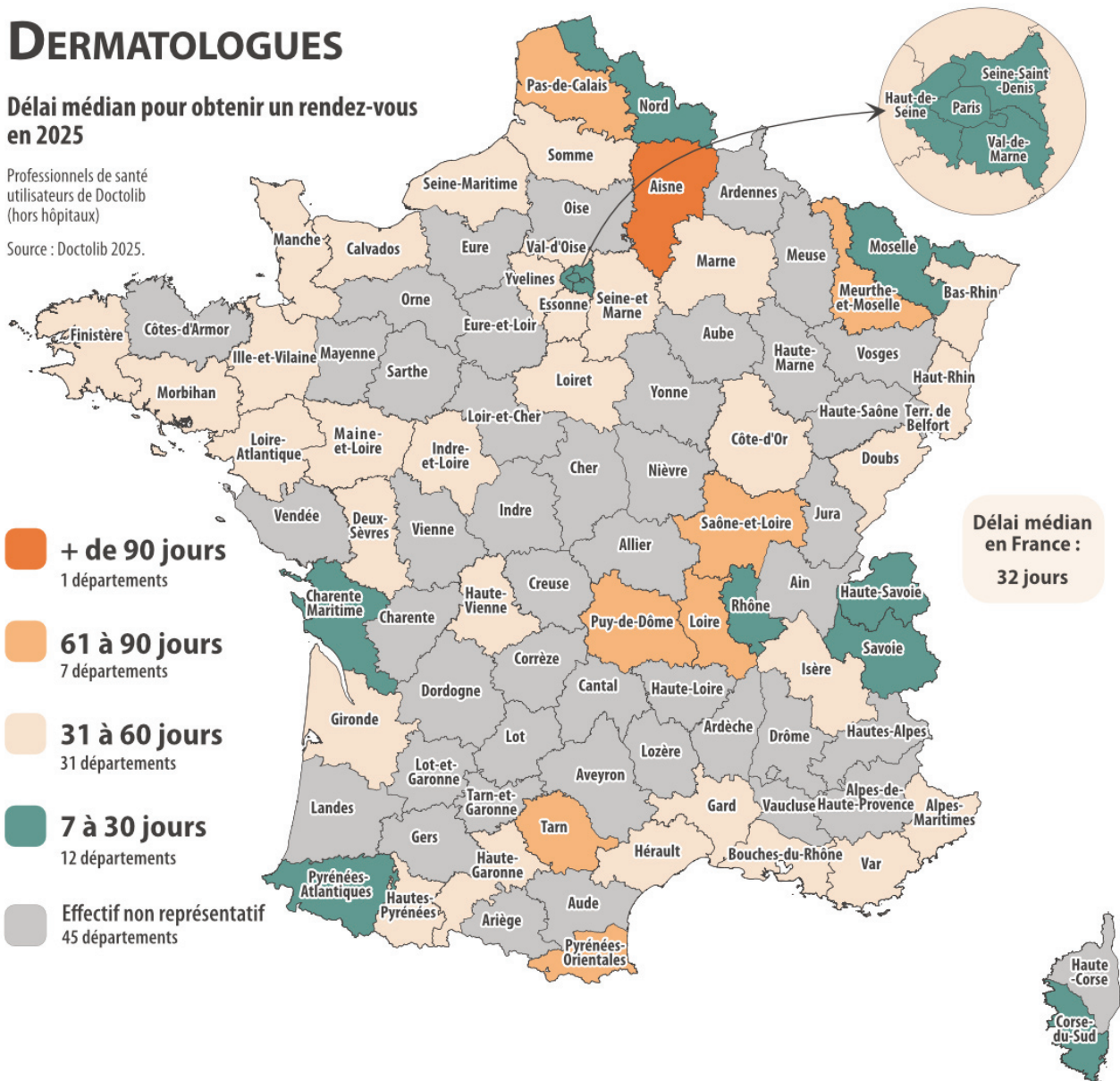
l'inverse, les délais les plus courts se concentrent dans les Alpes (Savoie, 7 jours) et en Île-de-France (Val-de-Marne, 14 jours ; Paris, 16 jours). Contrairement à d'autres spécialités, le littoral méditerranéen ne constitue pas ici une zone particulièrement favorable, avec des niveaux souvent supérieurs à 30 jours (Alpes-Maritimes, 48 jours ; Gard, 45 jours). L'amplitude reste considérable : un rapport de 1 à 13 sépare la Savoie (7 jours) de l'Aisne (90 jours).

DERMATOLOGUES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, la dynamique est contrastée. 27 % des départements enregistrent une baisse des délais, 59 % restent stables et 14 % se dégradent. Les améliorations les plus nettes s'observent en Corse-du-Sud (-40 jours), en Île-de-France (Val-d'Oise, -19 jours ; Seine-et-Marne, -12 jours), dans le Grand Est (Marne, -17 jours ; Haut-Rhin, -13 jours) et dans le Nord (Nord, -12 jours). Les hausses les plus fortes concernent le Pas-de-Calais (+26 jours), le Puy-de-Dôme (+17 jours) et le Maine-et-Loire (+16 jours), accentuant les tensions dans des territoires déjà sous pression.

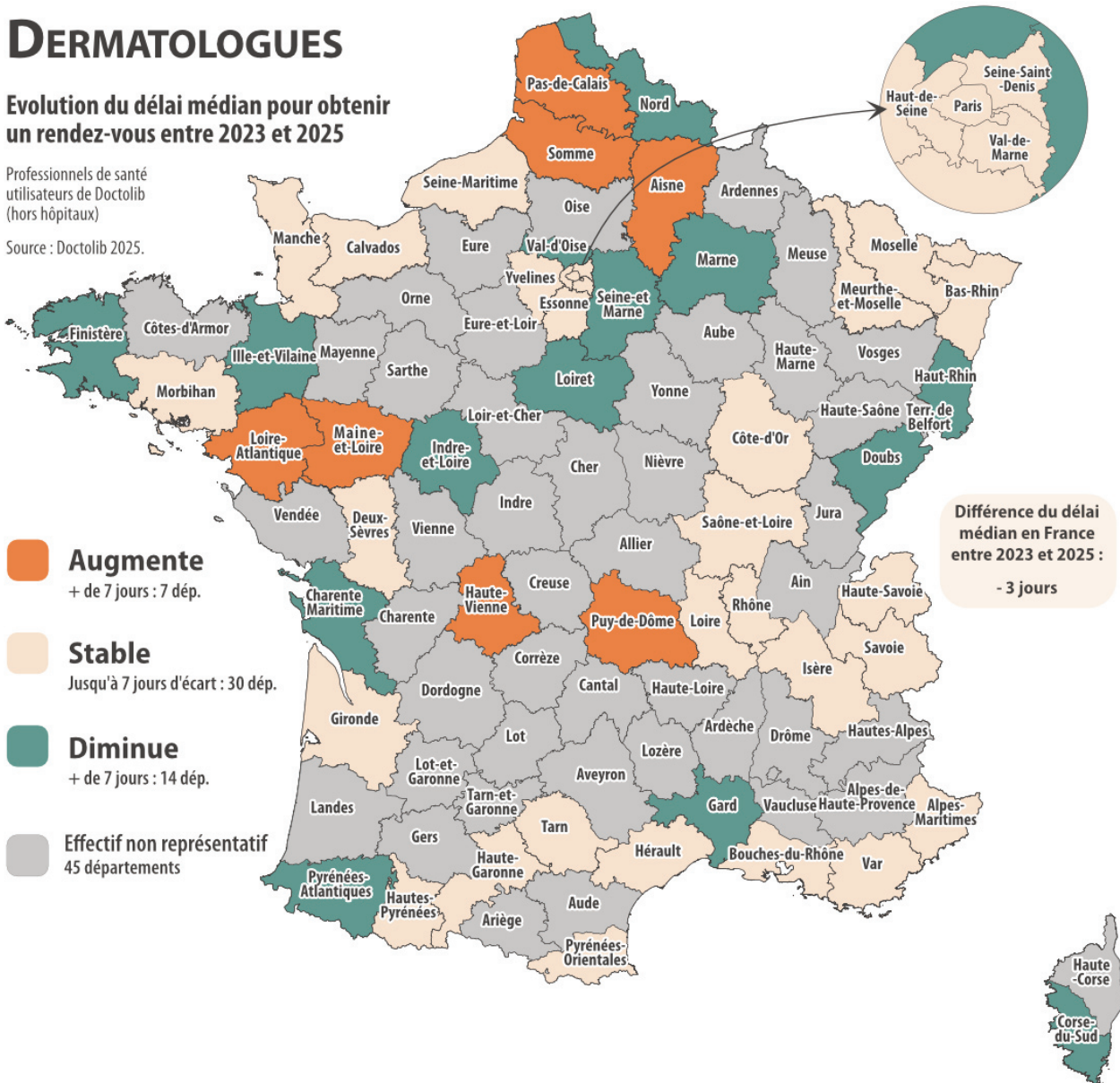
Dans une spécialité où les cancers cutanés représentent un tiers des cancers diagnostiqués en France, avec une incidence en hausse, la persistance de délais élevés dans de nombreux territoires pose un enjeu direct de dépistage. La contraction attendue des effectifs (-15 % à l'horizon 2035) renforce l'urgence de déployer des leviers organisationnels, en particulier la télé-expertise, dont le potentiel de tri et d'orientation en amont reste sous-exploité.

DERMATOLOGUES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

La dermatologie se caractérise par une tension structurelle durable, liée à un déséquilibre entre une demande élevée et une capacité médicale contrainte. Contrairement à certaines spécialités, les leviers organisationnels ne permettent pas, à eux seuls, de compenser la faiblesse de la dynamique démographique.

Le renouvellement des effectifs demeure limité. Le nombre de postes à l'internat reste insuffisant pour compenser les départs attendus, et la progression de la part des médecins à diplôme étranger (7,6 % à 9,1 % entre 2014 et 2024, majoritairement roumains et allemands) traduit un ajustement partiel du système, sans réponse structurelle au déficit de formation nationale (ARS Île-de-France, 2024).

Dans ce contexte, les leviers organisationnels jouent un rôle d'amortisseur (Cour des comptes, 2024). La télé-expertise permet de mieux orienter les patients

et de limiter certaines consultations, tandis que la téléconsultation reste cantonnée à des usages complémentaires. Ces outils n'augmentent pas l'offre, mais contribuent à optimiser son utilisation.

L'enjeu central réside dans la structure de la demande. Une part importante de l'activité repose sur des consultations de suivi, qui mobilisent durablement les agendas et limitent l'accès aux nouvelles demandes, notamment pour les situations à enjeu diagnostique. Cette configuration réduit les marges de manœuvre à organisation constante.

Dans ce cadre, l'amélioration de l'accès aux soins repose sur une recomposition de l'offre et des parcours : meilleure orientation des patients, développement ciblé des délégations de tâches et hiérarchisation des motifs de recours. À défaut, les ajustements resteront localisés et insuffisants pour produire une amélioration durable à l'échelle nationale.

Références bibliographiques

1. *Panorama de la démographie des professionnels de santé en France*, Ministère de la Santé et de la Prévention, 29 janvier 2025.
 2. *Dermatologues – Démographie en Pays de la Loire*, Infographie régionale, exploitation RPPS-Insee 2015-2025, ORS Pays de la Loire, décembre 2025.
 3. *État des lieux de la démographie en dermatologie et vénéréologie en Île-de-France*, Note de cadrage démographique, ARS Île-de-France, 2022.
 4. *Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France : le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes*, Questions d'économie de la santé, n°305, IRDES, février 2026.
 5. *L'organisation territoriale des soins de premiers recours*, Rapport public thématique, Cour des comptes, mai 2024.
 6. *Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans*, Institut national du cancer (INCa), 2025.
 7. *Démographie en dermatologie en 2025 : état des lieux et perspectives*, Réseau Pro Santé, 30 septembre 2025.
 8. Inès Berkaoui, *Accès aux dermatologues en France : enjeux démographiques, pratiques professionnelles et inégalités territoriales*, Thèse / mémoire de médecine, 2024.
 9. *Pénurie de dermatologues : la santé des patients en danger*, Société française de dermatologie (SFD), 21 février 2025.
 10. *95 jours de délai moyen en France pour une consultation en dermatologie*, Analyse des délais d'attente et des disparités territoriales, Le Guide Santé / Caducee.net, 21 janvier 2020.
-

LE MAINTIEN DE L'EXERCICE ISOLÉ N'EST PLUS UNE OPTION VIABLE



Dr Luc SULIMOVIC

Dermatologue (Paris),
président du Syndicat
national des dermatologues
vénérologues (SNDV)

La dermatologie française traverse une zone de fortes turbulences. Les conclusions de l'analyse 2026 sont sans appel : notre spécialité a perdu 637 praticiens en dix ans, soit une baisse de 20,8 % de ses effectifs. Avec une densité nationale tombée à 3,6 dermatologues pour 100 000 habitants et 41 % de confrères âgés de 60 ans et plus, l'érosion démographique menace directement l'équité territoriale et la pérennité de l'accès aux soins.

Un constat d'urgence et de renoncement

Malgré une apparente amélioration du délai médian national, désormais à 32 jours contre 35 en 2023, la réalité du terrain reste celle d'une saturation systémique. 76 % des rendez-vous sont programmés au-delà d'une semaine et la file active par praticien recule de 3 %. Ces chiffres traduisent une prise en charge sous tension maximale.

Face à ce constat, le maintien de l'exercice isolé n'est plus une option viable. Il est désormais impératif de s'orienter vers des exercices coordonnés : c'est la condition *sine qua non* pour améliorer réellement les parcours de soins et garantir la pérennité de notre offre sur le territoire. Cette réorganisation est d'autant plus cruciale qu'elle constitue notre seul levier à court terme, en atten-

dant qu'une augmentation notable du nombre d'internes en dermatologie puisse faire remonter les effectifs d'ici à dix ans.

L'exercice coordonné en ESS : le pivot du parcours de soins

La réponse réside dans la constitution de véritables Équipes de soins spécialisées (ESS) en dermatologie-vénérologie. Véritable bras armé de l'expertise sur un territoire, l'ESS doit devenir le centre névralgique de la spécialité en travaillant en étroite synergie avec l'ensemble des acteurs locaux : médecins de premier recours, infirmiers de pratique avancée (IPA) et centres hospitaliers pour pouvoir structurer des parcours fléchés. L'enjeu est de garantir que chaque demande soit orientée vers le bon niveau de soin dès le premier contact. Cette organisation permet de libérer du temps médical précieux pour les pathologies complexes et l'onco-dermatologie, tout en assurant un suivi de proximité pour les soins courants.

L'ESS doit devenir l'interlocuteur de référence pour les médecins généralistes. En offrant une réponse rapide et graduée aux situations d'urgence *via* la télé-expertise, l'équipe spécialisée sécurise le médecin traitant et met fin à l'errance diagnostique du patient.

L'IA : une alliée sous haute surveillance experte

Dans cette réorganisation, l'intelligence artificielle (IA) s'impose comme un levier majeur, particulièrement pour le dépistage précoce des cancers cutanés. Elle permet un tri intelligent et une priorisation des dossiers, optimisant ainsi la file active dans un contexte de pénurie. Mais attention : la technologie ne saurait en aucun cas se substituer au dermatologue et à son expertise.

- Vérifier et interpréter : le spécialiste confronte les résultats de l'algorithme à son regard critique et contextuel. L'IA analyse une image brute, là où le dermatologue soigne une personne dans sa globalité.
- Assurer la synthèse clinique : l'expert intègre les antécédents, le phototype et l'évolution globale, éléments que la machine ne peut encore corrélérer avec la même finesse.
- Flécher le parcours de soins : l'objectif ultime est de transformer un diagnostic technologique

en une prise en charge humaine d'expertise immédiate. Une fois l'alerte donnée par l'IA et validée par l'expert, le patient doit entrer sans délai dans un parcours de soin préétabli au sein de l'équipe coordonnée.

De la pénurie subie à l'organisation collective choisie

Pour enrayer le renoncement aux soins, nous devons passer d'une logique de pénurie subie à une stratégie d'organisation collective proactive. En associant la puissance de l'IA à la force de l'exercice coordonné en ESS, nous redonnerons aux dermatologues les moyens de leur expertise et aux patients l'assurance d'un accès aux soins sécurisé, fluide et réactif. La télé-expertise doit devenir un outil de tri systématique porté par ces équipes pour étendre notre capacité d'action sans jamais altérer la qualité des prises en charge.

Psychiatrie

Une démographie élevée, mais sous tension face aux besoins

En 2025, la France compte 6 373 psychiatres libéraux, en hausse de +257 depuis 2015, soit +4,2 %, dans un contexte où la santé mentale a été érigée en grande cause nationale 2025, prolongée en 2026, et où l'amélioration de l'accès aux soins constitue un objectif prioritaire des politiques publiques (SNDS, 2025 ; Ministère de la Santé, 2025). Tous modes d'exercice confondus, la profession compte 15 989 psychiatres, soit +990 depuis 2015 (+6,6 %), une progression qui reste modérée au regard de la forte hausse des besoins en santé mentale (Santé publique France, 2025).

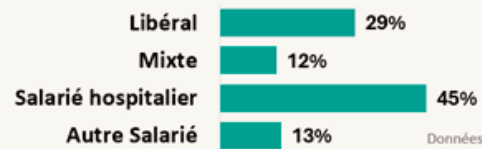
La densité libérale s'établit à 9,4 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants (+0,1 depuis 2015), pour une densité tous modes confondus de 23 pour 100 000 habitants, niveau élevé à l'échelle européenne, au-dessus d'une moyenne estimée à 18-19 pour 100 000 habitants. Cette densité ne garantit pas pour autant un accès fluide aux soins. La structure d'exercice pèse fortement sur l'offre directement accessible en ville : 29 % des psychiatres exercent en libéral exclusif, 12 % en exercice mixte, 45 % comme salariés hospitaliers et 13 % comme autres salariés. L'accès aux consultations de ville dépend donc d'une fraction limitée de l'effectif total, ce qui limite mécaniquement la capacité d'accueil, en particulier pour les primo-consultations (Sénat, 2025 ; AFPEP SNPP, 2024).

Cette tension sur l'offre libérale est aggravée par le vieillissement de la profession. 44 % des psychiatres libéraux ont 60 ans ou plus (en diminution) et seu-

Démographie en 2025 SNDS 2025



6 373 psychiatres libéraux
+257 depuis 2015, soit +4,2 %



Densité nationale **9,4 pour 100 000 habitants**
+0,1 depuis 2015

Part des moins de 40 ans	16 %	En augmentation
Part des 60 ans et plus	44 %	En diminution

lement 16 % ont moins de 40 ans (en augmentation), ce qui laisse anticiper des départs importants dans les prochaines années. La prise en compte de l'ensemble des modes d'exercice nuance toutefois ce vieillissement : les psychiatres de 60 ans ou plus ne représentent plus que 22 % des effectifs, tandis que les moins de 40 ans en représentent 31 % (CNOM, 2026). Les données relatives à la formation confirment des difficultés persistantes de recrutement : en 2024, 489 postes d'internat étaient proposés dont 65 non pourvus (13,3 % de vacance), et en 2025, 554 postes ont été ouverts pour 468 pourvus, soit environ 15 % de postes vacants (Revue Santé mentale / CNUP, 2024 et 2025). Le renouvellement progresse, mais reste insuffisant pour sécuriser durablement l'offre, dans une spécialité où la demande augmente plus vite que les capacités disponibles (Sénat, 2025).

Des délais modérés, mais un accès encore sous forte tension

	2023	2025	Δ 2023 → 2025
Délai médian (en jours)	14	15	+ 1 jour
Part de RDV en moins de 24 h	9 %	9 %	→ stable
Part de RDV en moins de 48 h	15 %	14 %	→ stable
Part de RDV à plus de 7 jours	68 %	71 %	+ 3 %
File active annuelle (nb. de patients uniques par PS)	428	435	+ 2 %
Délai de téléconsultation (en jours)	8	8	→ stable
Part de RDV de téléconsultation en moins de 48 h	27 %	27 %	→ stable

En 2025, le délai d'obtention d'un rendez-vous en psychiatrie s'établit à 15 jours, en hausse d'un jour par rapport à 2023. Ce niveau, relativement modéré, doit être interprété avec précaution : il reflète les rendez-vous disponibles sur Doctolib et non l'ensemble de la demande adressée à la psychiatrie, dont une part importante est prise en charge par les centres médico-psychologiques et les structures hospitalières, où les délais peuvent être plus élevés. Le rapport du Sénat souligne à cet égard la saturation des centres médico-psychologiques et des services d'urgence psychiatrique, qui témoigne de tensions d'accès plus larges que celles observées *via* les seuls délais de rendez-vous (Sénat, 2025).

La structure des rendez-vous confirme cette tension. 71 % des consultations sont obtenues au-delà de 7 jours, en hausse de 3 % par rapport à 2023, tandis que l'accès rapide reste limité, avec 9 % des rendez-vous en moins de 24 heures et 14 % en moins de 48 heures. Ces résultats suggèrent des difficultés persistantes à répondre rapidement à certaines situa-

tions, dans un contexte où les besoins en santé mentale progressent (Santé publique France, 2025).

La file active atteint 435 patients uniques par praticien en 2025, quasi stable par rapport à 2023, traduisant une stabilisation de l'activité face à une demande soutenue. Les analyses du baromètre FondaMental-Doctolib confirment une augmentation du recours aux soins en santé mentale, en particulier chez les jeunes adultes (Fondation FondaMental, 2023 ; Fondation FondaMental / Doctolib, 2024).

Les données Doctolib montrent que la psychiatrie est la spécialité où le recours à la téléconsultation est le plus élevé, atteignant 18 % de l'activité pour les praticiens utilisateurs. Dans ce contexte, la téléconsultation constitue un levier complémentaire, avec un délai de 8 jours et 27 % des rendez-vous obtenus en moins de 48 heures. Elle s'inscrit toutefois principalement dans une logique de suivi, la grande majorité des consultations étant réalisées avec des patients déjà connus, ce qui limite son rôle dans l'accès aux primo-consultations (Doctolib, 2023).

Cartographie des délais et dynamiques territoriales

Le délai national s'établit à 15 jours, avec une amplitude relativement resserrée par rapport aux autres spécialités. 73 % des départements se situent entre 15 et 30 jours, 24 % entre 8 et 14 jours, et 3 % dépassent 30 jours. Aucun département ne présente un délai inférieur à 7 jours.

Contrairement à la plupart des spécialités étudiées, la psychiatrie ne présente pas de gradient territorial clairement identifiable. Les délais les plus élevés se répartissent sur des territoires dispersés : Manche (35 jours), Haut-Rhin (33 jours), Ain (30 jours),

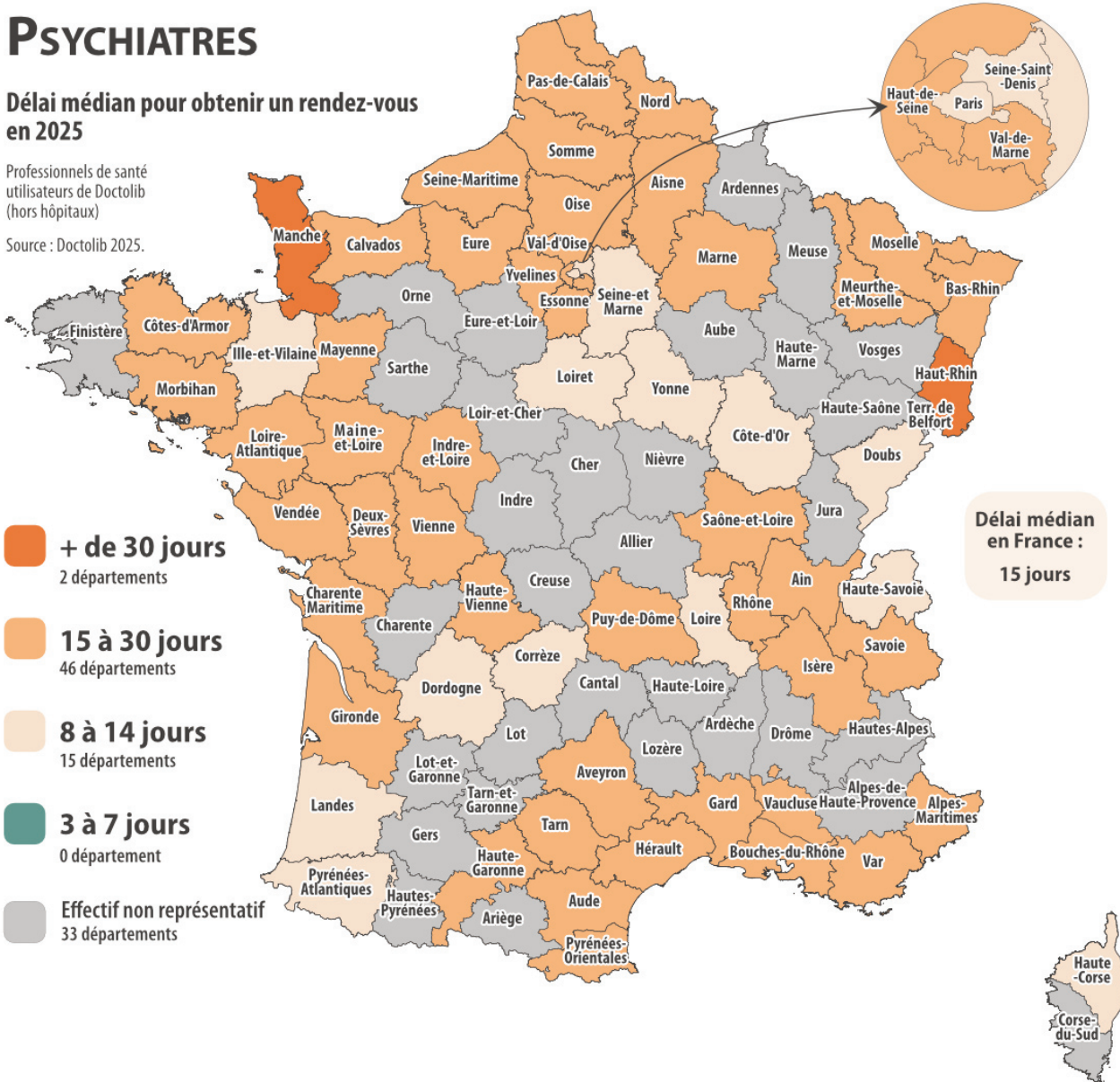
Charente-Maritime et Saône-et-Loire (28 jours). Les délais les plus courts ne se concentrent pas non plus dans les métropoles habituelles : la Corrèze (9 jours), la Côte-d'Or, la Dordogne et la Haute-Savoie (11 jours) figurent parmi les plus favorables, au même niveau que la Seine-Saint-Denis. Les grandes agglomérations (Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille) présentent des niveaux intermédiaires (12 à 20 jours), confirmant que la densité urbaine ne garantit pas un accès rapide dans cette spécialité.

PSYCHIATRES

Délai médian pour obtenir un rendez-vous en 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Entre 2023 et 2025, la dynamique est défavorable. 41 % des départements enregistrent une hausse des délais, 40 % restent stables et 19 % connaissent une amélioration. Les dégradations les plus fortes touchent l'Aisne (+15 jours), la Saône-et-Loire (+14 jours) et le Gard (+9 jours), sans logique régionale nette. Les améliorations les plus marquées concernent la Haute-Corse (-15 jours), la Corrèze (-13 jours), le Vaucluse (-12 jours) et le Pas-de-Calais (-10 jours), traduisant des dynamiques locales ponctuelles.

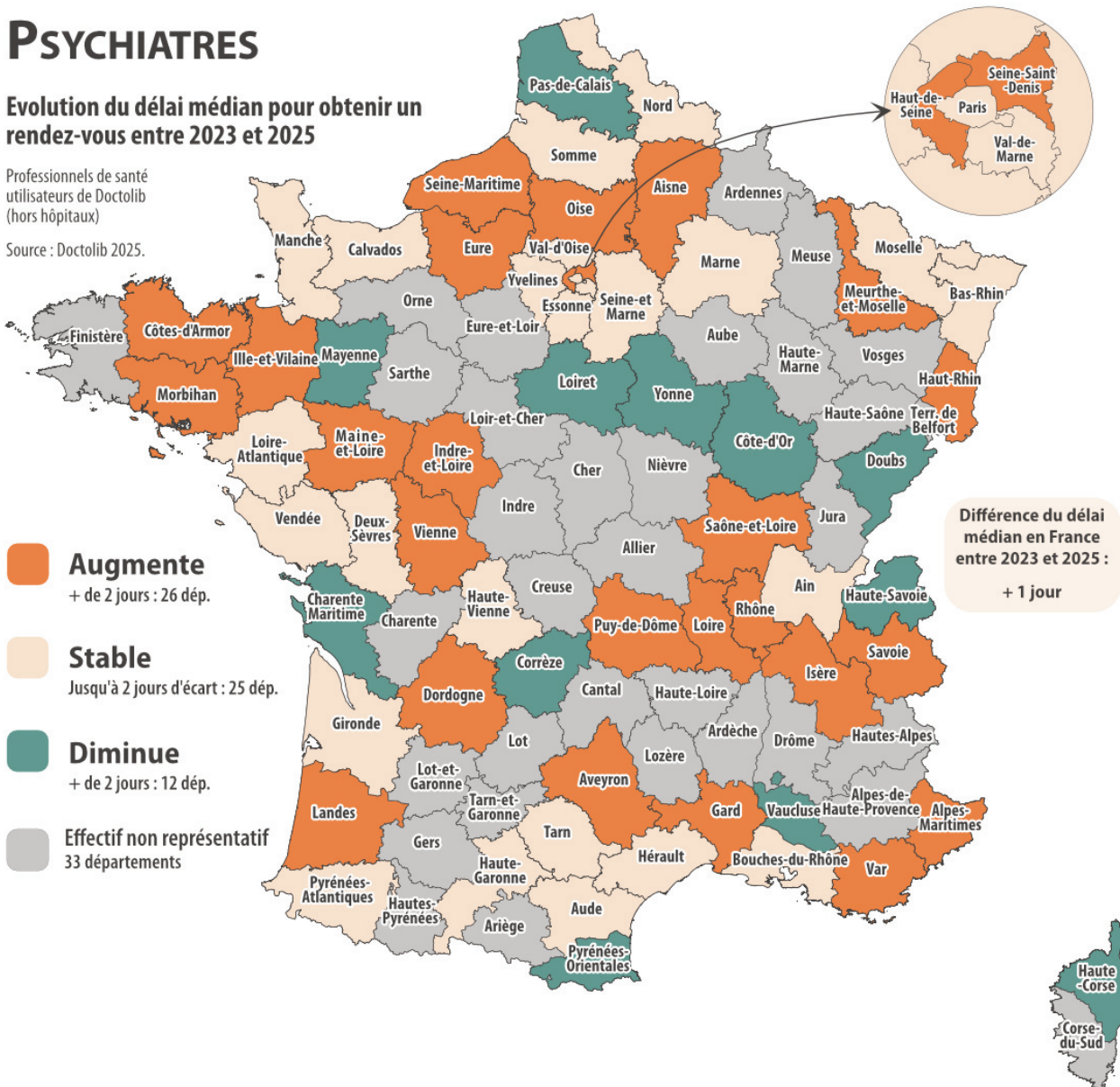
Dans un contexte où la santé mentale a été déclarée grande cause nationale 2025, puis 2026, et où la demande de soins psychiatriques progresse fortement, en particulier chez les jeunes adultes, cette dégradation diffuse constitue un signal préoccupant. La vacance de 15 % des postes d'internat et le vieillissement marqué de la profession (44 % des praticiens ont 60 ans ou plus) limitent les perspectives d'amélioration à court terme. L'absence de logique spatiale dans la répartition des tensions suggère que le problème est moins territorial que structurel, lié à l'insuffisance de l'offre libérale face à une demande en expansion.

PSYCHIATRES

Evolution du délai médian pour obtenir un rendez-vous entre 2023 et 2025

Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)

Source : Doctolib 2025.



Note méthodologique : Les départements comptant moins de 5 professionnels utilisateurs ou dont les utilisateurs Doctolib représentent moins de 10 % des effectifs libéraux du département ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

Enjeux et leviers d'évolution de la profession

La psychiatrie est confrontée à une pression croissante de la demande, dans un contexte de capacités durablement contraintes et difficilement extensibles à court terme. Le rapport du Sénat met en évidence la saturation des structures de soins, en particulier des centres médico-psychologiques et des services d'urgence, traduisant des tensions structurelles sur l'ensemble du système de prise en charge (Sénat, 2025).

Dans ce contexte, plusieurs leviers d'évolution sont identifiés. La téléconsultation constitue le levier le plus avancé dans son déploiement, la psychiatrie étant la spécialité qui y recourt le plus. Les données disponibles indiquent qu'elle est principalement mobilisée pour le suivi des patients, contribuant à optimiser l'organisation de l'activité sans se substituer aux primo-consultations (Doctolib, 2023).

Le développement des infirmiers en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale constitue un second levier structurant. Leur rôle dans le suivi des patients et la coordination des parcours est identifié comme un facteur potentiel d'amélioration de l'accès aux soins, même si leur déploiement reste encore limité à ce stade (Sénat, 2025).

Au total, les analyses convergent pour souligner que l'amélioration durable de l'accès aux soins en psychiatrie repose sur une combinaison de leviers organisationnels et démographiques, dans un contexte où les tensions observées sont susceptibles de se maintenir, voire de s'accroître, en l'absence d'évolution structurelle de l'offre (Sénat, 2025).

Références bibliographiques

1. *Santé mentale et psychiatrie : pas de « grande cause » sans grands moyens*, Rapport d'information n°787 (2024-2025), Sénat, 2025.
 2. *La santé mentale, Grande Cause nationale 2025*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2025.
 3. *Résultats du Baromètre 2024 et campagne « À qui ressemble ? » : Santé publique France s'engage pour la santé mentale*, Santé publique France, 2025.
 4. *Démographie des psychiatres*, AFPEP SNPP, 1^{er} mars 2024.
 5. *L'offre et la consommation de soins en santé mentale entre 2019 et 2022*, Baromètre FondaMental–Doctolib, Fondation FondaMental et Doctolib, 2024.
 6. *Sur Doctolib, le volume de consultations des 18-24 ans chez les psychiatres et les psychologues en forte hausse*, Fondation FondaMental, 12 octobre 2023.
 7. « Choix des internes en médecine : +13 % de postes vacants en psychiatrie en 2024 », *Revue Santé mentale*, Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP), 9 octobre 2024.
 8. « Internes en psychiatrie : 15 % des postes restent vacants en 2025 », *Revue Santé mentale*, Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP), septembre 2025.
-

PSYCHIATRIE LIBÉRALE : LES PARADOXES D'UNE SPÉCIALITÉ BIEN DOTÉE MAIS SOUS TENSION



Dr Ariel FRAJERMAN
Psychiatre praticien
hospitalier au GHU Paris
Psychiatrie et neuro-
sciences et expert associé
à la Fondation Jean-Jaurès



Dr Boris NICOLLE
Psychiatre, chef de pôle
au Centre hospitalier
des Pyrénées (Pau),
expert associé à la
Fondation Jean-Jaurès

La psychiatrie libérale en miroir de l'offre publique

La psychiatrie publique se distingue des autres spécialités par son maillage territorial depuis les années 1960 : en fonction de son adresse, chacun dépend d'un Centre médico-psychologique (CMP) et d'une unité d'hospitalisation, garantissant théoriquement à chaque citoyen un accès égal aux soins. Qu'en est-il de l'offre libérale ?

Une démographie en hausse, insuffisante face à l'explosion de la demande

Le nombre de psychiatres en France a augmenté de 6,6 % depuis 2015. Or, la demande de soins croît fortement : selon les données du baromètre Santé des Français, la prévalence de la dépression a doublé chez les hommes entre 2017 et 2025 ; chez les femmes, elle est passée de 13 % à 18,2 %, par exemple. L'augmentation est encore plus importante chez les moins de 25 ans.

Dans ce contexte, les délais d'accès à un psychiatre libéral augmentent légèrement, suggérant une hausse d'effectifs insuffisante pour absorber la hausse de la demande. Ils restent très inférieurs à ceux du public.

Le taux de rendez-vous en urgence (inférieur à 48 heures) est stable à 14 %. Malgré les besoins

accrus, l'offre libérale pour l'urgence n'a donc pas évoluée entre 2023 et 2025. La réponse à la crise en psychiatrie reste très majoritairement assurée par le secteur public, sans coordination avec les libéraux.

Une offre en secteur 2 peu accessible aux publics les plus vulnérables

Les psychiatres libéraux sont à 49 % en secteur 2 ou non conventionné, rendant leur accès plus difficile pour les populations les plus défavorisées. Or, le poids des déterminants socio-économiques dans l'apparition de troubles psychiques est fort, avec des besoins de soins d'autant plus forts que les conditions socio-économiques sont défavorables.

Le recours à la téléconsultation, élevé en 2023, croît encore à 18 %, au-dessus des autres spécialités. Cet outil permet de faciliter les suivis, notamment en zone sous-dense en psychiatrie et/ou rurale. Il est probable que cette modalité compense partiellement les besoins dans les zones où la psychiatrie publique est particulièrement en difficulté.

Les résultats de cette enquête permettent de mieux la caractériser, avec quelques limites. Ainsi, 34 % des psychiatres ayant plus de 60 ans, il serait

nécessaire d'avoir des données stratifiées selon l'âge pour mieux anticiper les évolutions futures. Par ailleurs, le nombre de patients différents vus par année ne permet pas de savoir le nombre de consultations par patient, d'une part, et annuel, d'autre part, des psychiatres libéraux.

Repenser les rôles pour mieux répondre à la demande

Soulignons une spécificité : nous restons l'un des pays les mieux dotés en psychiatres pour 100 000 habitants. Le nombre de patients uniques vus en moyenne par un psychiatre libéral est de 435 par an. Cela pose la question du temps de travail des psychiatres et de leur mode d'exercice : pour une psychothérapie, un psychiatre proposera des consultations nettement plus fréquentes que pour une prise en charge classique. Cette disparité d'exercice est une explication probable à l'écart entre la densité française en psychiatres et les difficultés majeures d'accès aux soins. En effet, la seule manière d'être aujourd'hui pris en charge pour une psychothérapie est la consultation psychiatrique, alors que les psychiatres n'y sont pas nécessairement formés, et que d'autres professionnels formés ne sont pas éligibles à un remboursement.

En d'autres termes, cela pose la question du rôle propre d'un psychiatre : dans un contexte de demande de soins croissante, ne faut-il pas recentrer chacun sur ses compétences propres et déléguer certains soins à d'autres professionnels ? L'exemple de l'ophtalmologie qui a mis en place

le travail aidé et la réorganisation de l'offre de soins (délégations de tâches) est édifiant. Cette question se pose d'autant plus que les infirmiers en pratique avancée se déploient dans notre spécialité et que le repérage des troubles psychiques se développe. Cette question renvoie aussi au débat sur le remboursement des psychothérapies, compliqué par l'absence d'homogénéité des formations et diplômes des psychologues.

Vers une psychiatrie libérale plus intégrée et mieux articulée avec le public

L'offre libérale apparaît ici adaptée à des suivis hors urgence, en zone sous-dotée *via* la téléconsultation notamment. Elle est toutefois très diverse, ce qui appelle des données complémentaires mais permet de premiers constats :

- la coopération ville-hôpital est nécessaire pour s'adapter à la demande croissante de soins, notamment pour les publics les moins favorisés. On peut imaginer que les psychiatres libéraux consultent un jour par mois au CMP, voire des dispositifs partagés entre psychiatrie publique et privée ;
- les modalités de coordination libéral-hospitalier dans la prise en charge de crise doivent être clarifiées ;
- la nécessité de s'appuyer sur les métiers et outils existants pour déléguer et graduer les soins est un enjeu majeur. À nouveau, l'exemple de l'ophtalmologie est ici très instructif. En psychiatrie, un enjeu fort est celui de la délégation des psychothérapies, et de la distinction des rôles entre psychiatres et psychologues.

Enquête patients

Accès aux soins en France

La perspective des patients : parcours, renoncement et recours

Introduction

Cette enquête, menée auprès de 7 845 patients sur l'ensemble du territoire national et redressée selon le genre et l'âge des répondants, vient compléter l'étude Doctolib sur les délais d'obtention d'un rendez-vous auprès de dix professions de santé libérales. Alors que les données de prise de rendez-vous mesurent les délais effectifs des patients ayant obtenu un créneau, cette enquête met en lumière ce que ces indicateurs ne saisissent pas : la demande non satisfaite. Elle documente, du point de vue des patients, les parcours de renoncement, les motifs de non-recours, les reports vers les urgences ainsi que les nouveaux comportements liés à l'IA.

Constats majeurs

Un renoncement massif, porté par les actifs plus que par les précaires

63 % des patients déclarent avoir renoncé à chercher un rendez-vous au cours des douze derniers mois faute de créneau disponible. Ce résultat met en évidence une limite des indicateurs de délai : un délai de quelques jours peut coexister avec une majorité de patients qui n'ont tout simplement pas trouvé de créneau. Le renoncement touche davantage les 25-34 ans (75 %) et les cadres (71 %), ce qui nuance l'idée selon laquelle les difficultés

d'accès aux soins concerneraient principalement les publics précaires. Les disparités départementales atteignent 33 points, signe que les déterminants locaux de l'offre jouent un rôle prépondérant, bien au-delà des écarts entre typologies communales (4 points seulement).

L'absence de créneau, premier frein à la consultation, devant le numérique et le coût

45 % des répondants citent l'absence de créneau compatible avec leurs contraintes comme raison de non-consultation, devant l'impossibilité de prendre rendez-vous en ligne (35 %) et le coût (21 %). Ce classement montre que le premier levier d'amélioration de l'accès aux soins réside dans l'élargissement de l'offre de créneaux, et que la non-digitalisation d'une partie de cette offre constitue en soi un obstacle, particulièrement dans les villes moyennes.

Un report vers les urgences socialement marqué

23 % des patients sont allés aux urgences faute de rendez-vous disponible. Ce recours touche davantage les personnes sans activité professionnelle (30 %) et les ouvriers (29 %), soit 7 à 8 points au-dessus de la moyenne. Ce sont également les catégories qui déclarent les freins financiers les plus élevés. Le recours aux urgences par défaut est

donc concentré sur les populations qui cumulent plusieurs obstacles à l'accès aux soins de ville.

Le rendez-vous en ligne, levier avéré de désengorgement des urgences

Sur l'ensemble des répondants, 20 % déclarent avoir évité les urgences grâce à l'obtention d'un rendez-vous en ligne. Mis en regard des 23 % de recours aux urgences par défaut, ce résultat montre que le rendez-vous en ligne agit déjà comme un régulateur partiel. Le développement de l'offre numérique dans les territoires où elle demeure insuffisante constitue un levier d'action concret.

L'IA en santé, un usage déjà installé qui appelle une vigilance

45 % des répondants ont utilisé une IA conversationnelle pour une question de santé, avec un clivage générationnel considérable (75 % chez les 18-24 ans contre 13 % chez les 75 ans et plus). Si l'IA peut accélérer le recours au soin (25 % des utilisateurs), elle conduit aussi 18 % des utilisateurs à renoncer à consulter. Ce double effet, concentré sur les populations jeunes déjà les plus touchées par le renoncement, plaide pour un encadrement de ces outils et pour le développement de solutions orientées vers le bon parcours de soins.

Note méthodologique

L'enquête a été réalisée auprès de 7 845 patients représentatifs des utilisateurs de Doctolib sur

l'ensemble du territoire français. Le questionnaire comportait cinq questions principales (Q1 à Q5) et une question conditionnelle (Q5a, posée aux seuls répondants ayant déclaré avoir utilisé une IA conversationnelle). Les réponses ont été collectées en ligne.

Les résultats sont croisés avec quatre variables socio-démographiques : le genre, la classe d'âge, la catégorie socio-professionnelle et la typologie des communes de résidence selon la grille communale de densité de l'Insee (édition 2025). Cette dernière variable, rarement mobilisée dans les enquêtes de santé, permet de documenter les disparités territoriales au-delà de la seule opposition urbain/rural, en distinguant quatre catégories : urbain dense, urbain intermédiaire, rural périurbain et rural non périurbain.

L'analyse départementale porte sur les 51 départements comptant au moins 50 répondants. Les départements dont l'effectif est inférieur à ce seuil ne sont pas affichés, afin de garantir la fiabilité des résultats et de prévenir tout risque de réidentification des professionnels.

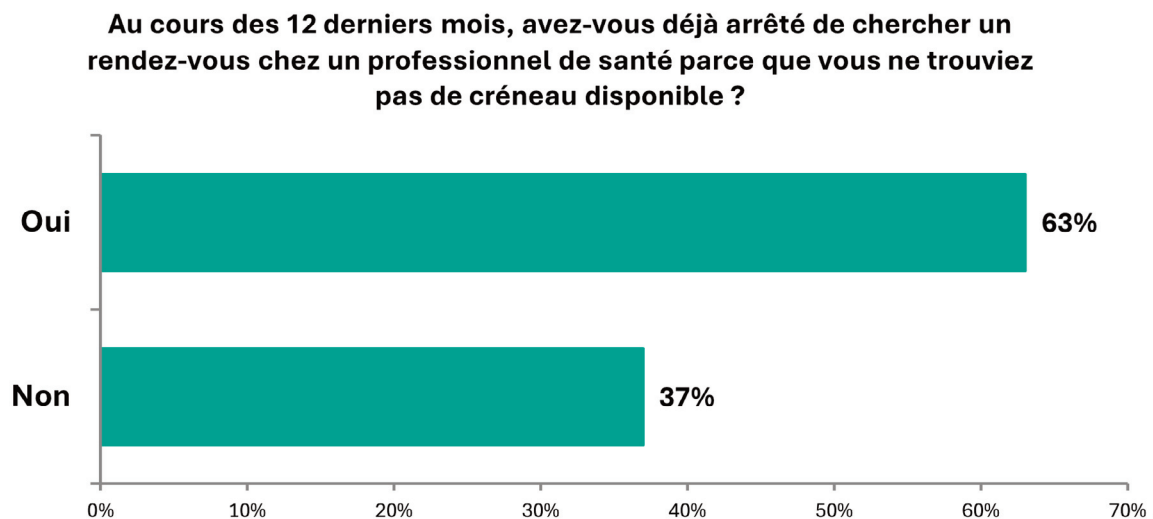
Il convient de souligner que l'échantillon est constitué d'utilisateurs de Doctolib, ce qui induit un biais de sélection vers des patients plus familiers des outils numériques que la moyenne de la population française. Les données ont toutefois été redressées selon le genre et la classe d'âge des répondants. Les résultats relatifs à l'usage de l'IA et à la prise de rendez-vous en ligne doivent être interprétés en tenant compte de cette spécificité. Ce biais tend vraisemblablement à sous-estimer les difficultés d'accès aux soins de la population générale, les patients les plus éloignés du numérique n'étant pas représentés dans cet échantillon.

Q1 - Le renoncement à la recherche de rendez-vous

Question 1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà arrêté de chercher un rendez-vous chez un professionnel de santé parce que vous ne trouviez pas de créneau disponible ?

Constat national

63 % des répondants déclarent avoir renoncé à chercher un rendez-vous au cours des 12 derniers mois.



Près de deux patients sur trois ont donc fait l'expérience d'un échec dans leur recherche de créneau. Ce résultat met en évidence une limite des indicateurs de délai : un délai de quelques jours sur un territoire peut coexister avec une part importante de patients qui n'ont tout simplement pas trouvé de créneau. L'enquête patients vient ici compléter l'analyse des délais d'obtention de rendez-vous en révélant la demande non satisfaite, invisible dans les données de prise de rendez-vous.

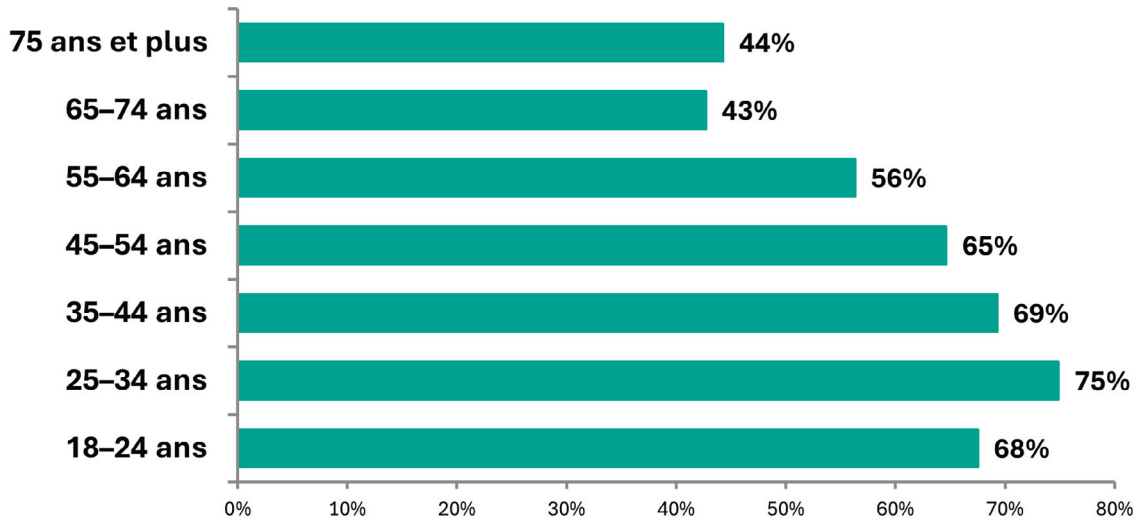
Analyse selon les caractéristiques socio-démographiques

En termes de genre, l'écart entre les femmes (65 %) et les hommes (60 %) est de 5 points. Cette

différence, modeste, peut refléter une exposition plus fréquente des femmes au système de soins (suivi gynécologique, pédiatrique, grossesse), qui multiplie les occasions de se heurter à l'indisponibilité de créneaux.

La classe d'âge constitue le facteur le plus discriminant de cette question. Le taux de renoncement passe de 75 % chez les 25-34 ans à 43 % chez les 65-74 ans, soit un écart de 32 points. Ce gradient générationnel s'explique par la combinaison de contraintes horaires plus rigides chez les actifs et de besoins de soins diversifiés (pédiatrie, gynécologie, médecine du travail). Les 75 ans et plus affichent un taux de 44 %, proche de celui des 65-74 ans, confirmant l'effet protecteur de la flexibilité horaire des retraités. Les 18-24 ans présentent un taux élevé (68 %) qui peut aussi refléter une moindre habitude avec les parcours de soins.

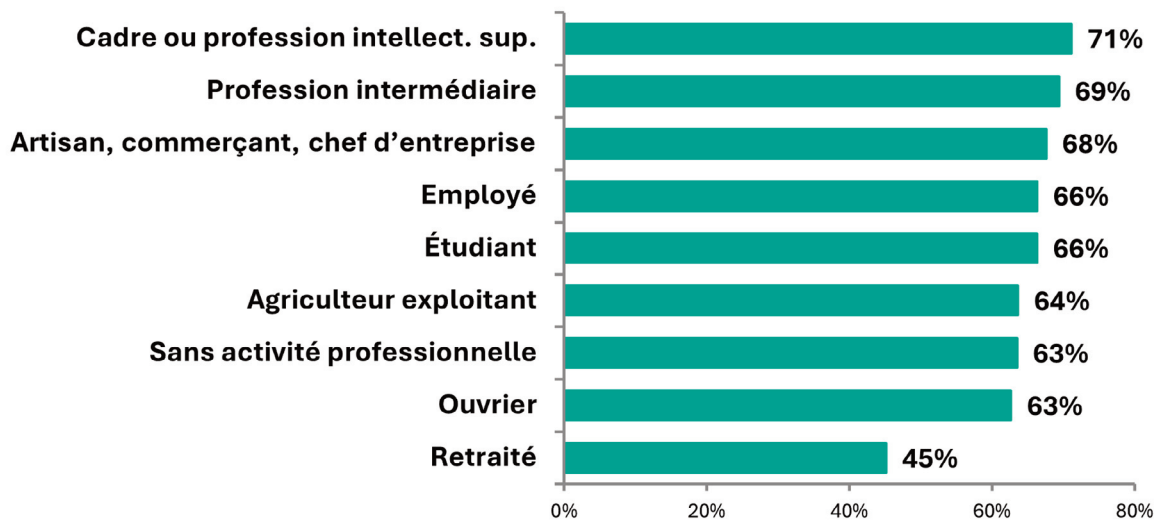
Répartition des répondants par âge parmi ceux ayant arrêté de chercher un rendez-vous chez un professionnel de santé faute de créneau disponible



Concernant la catégorie socio-professionnelle, les cadres (71 %) et les professions intermédiaires (69 %) présentent les taux de renoncement les plus élevés. Ce résultat, en apparence contre-intuitif, traduit la difficulté spécifique de ces catégories à concilier des contraintes professionnelles fortes avec la recherche de créneaux. Les retraités (45 %)

se distinguent nettement par le taux le plus bas, ce qui est cohérent avec la flexibilité horaire dont ils disposent. Les autres catégories (employés, étudiants, ouvriers, personnes sans activité professionnelle) se situent entre 63 % et 66 %, proches de la moyenne nationale sans écart significatif entre elles.

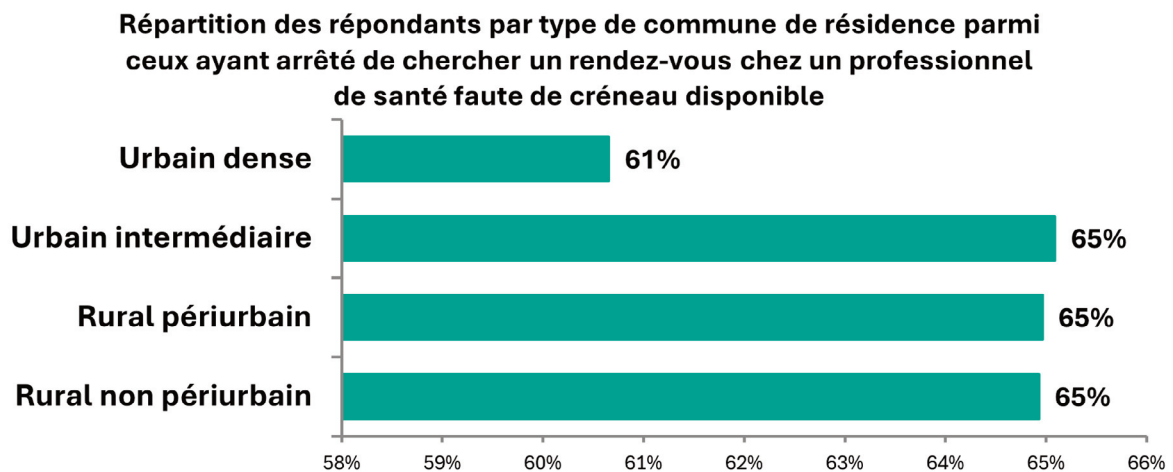
Répartition des répondants par CSP parmi ceux ayant arrêté de chercher un rendez-vous chez un professionnel de santé faute de créneau disponible



Analyse territoriale

Selon la typologie des communes de résidence, l'écart observé est limité : 61 % en zone urbaine dense contre 65 % dans les trois autres typologies

(urbain intermédiaire, rural périurbain, rural non périurbain). Cet écart de 4 points indique que le renoncement à la recherche de rendez-vous est un phénomène massif sur l'ensemble du territoire. Il ne se réduit pas à une problématique de déserts médicaux ruraux.



À l'échelle départementale, on observe un écart de 33 points entre les extrêmes. Les taux les plus élevés s'observent dans la Drôme (80 %), l'Oise (79 %) et la Sarthe (78 %). À l'inverse, la Marne (47 %), la Somme (49 %) et la Côte-d'Or (50 %) affichent les taux les plus bas. Paris (53 %) se situe 10 points en

dessous de la moyenne nationale. Ces écarts départementaux, bien supérieurs à ceux observés entre typologies communales, suggèrent que les déterminants de l'accès aux soins relèvent davantage de configurations locales de l'offre.

Q2 - Les raisons de non-consultation

Le renoncement étant massif (Q1), quels en sont les déterminants concrets ? La question suivante explore les freins effectifs à la consultation.

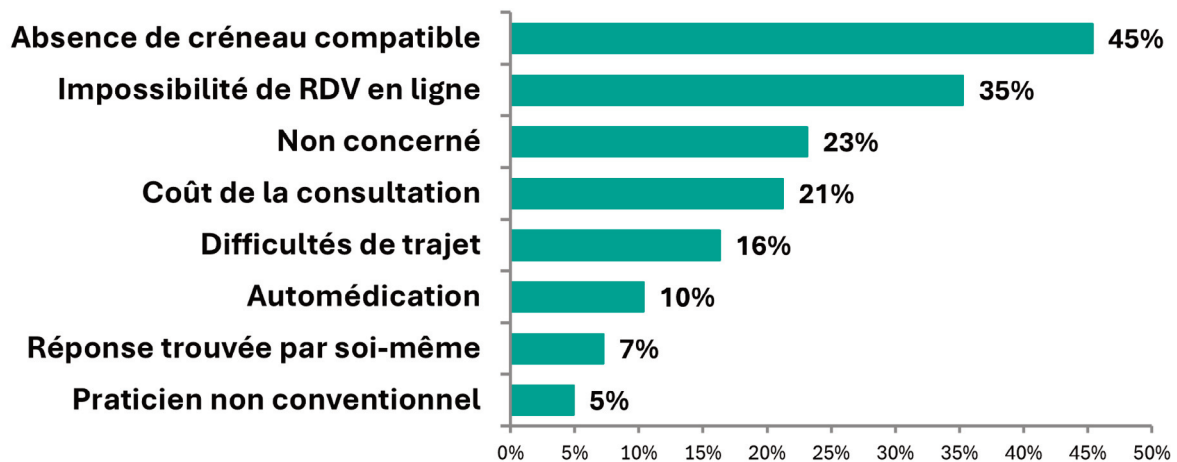
Question 2 : Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas consulter un professionnel de santé pour l'une des raisons suivantes ? (Question à choix multiples)

Constat national

L'absence de créneau compatible avec les contraintes des patients (45 %) constitue le premier frein à la consultation, loin devant les autres motifs. L'impossibilité de prendre rendez-vous en ligne (35 %) se positionne au deuxième rang, soulignant que la non-digitalisation d'une partie de l'offre de

soins est en soi un obstacle à l'accès aux soins. Le coût de la consultation (21 %) et les difficultés liées au trajet (16 %) viennent ensuite. L'automédication (10 %) et le recours à des informations trouvées par soi-même (7 %) restent minoritaires. 23 % des répondants se déclarent non concernés par ces freins, ce qui signifie que plus de trois patients sur quatre ont rencontré au moins un obstacle à la consultation au cours de l'année.

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas consulter un professionnel de santé pour l'une des raisons suivantes ?

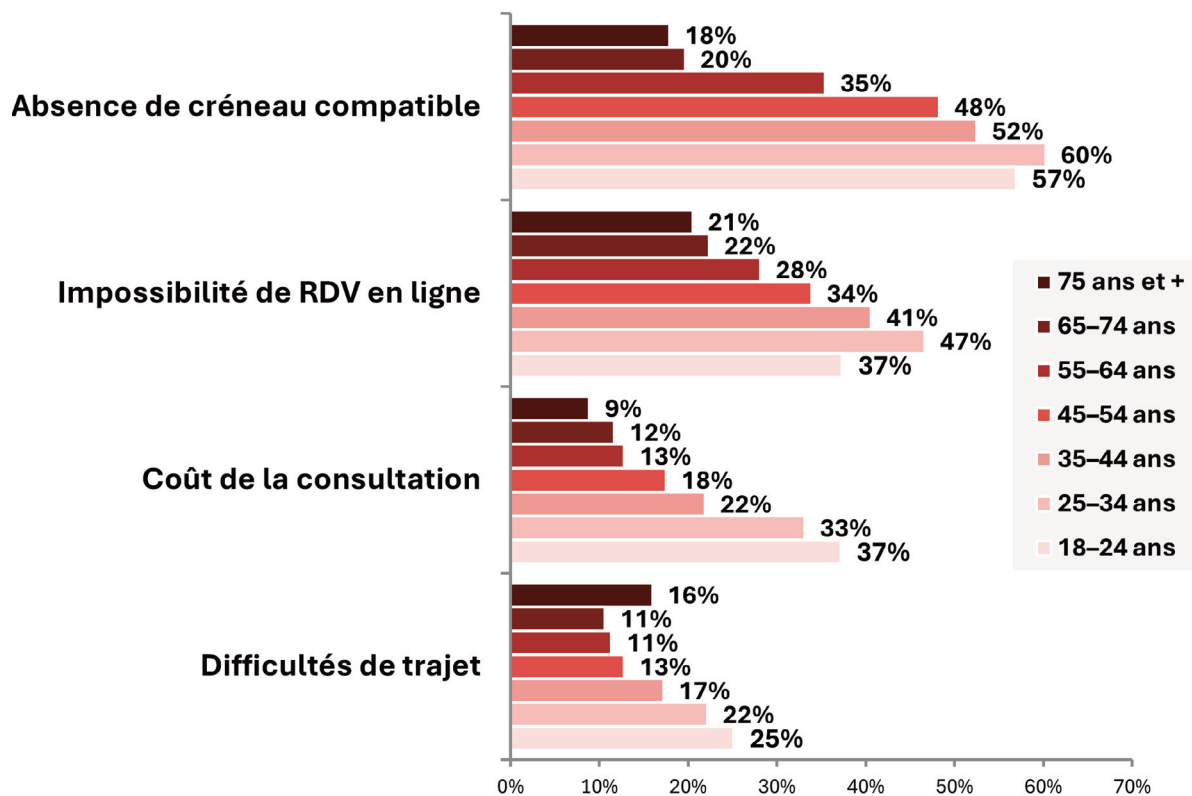


Analyse selon les caractéristiques sociodémographiques

Concernant le genre, les écarts entre femmes et hommes sont faibles sur l'ensemble des items (2 à 3 points au maximum) et ne révèlent pas de différenciation significative par genre dans les freins à la consultation.

La classe d'âge fait apparaître un basculement net des freins au fil de la vie. Chez les 25-34 ans, l'absence de créneau atteint 60 % et le coût 33 %. Chez les 65-74 ans, le créneau ne représente plus que 20 % et le coût 12 %, tandis que la part de non-concernés monte à 40 %. La barrière financière touche donc avant tout les jeunes actifs et les étudiants (37 %). Ce résultat est cohérent avec un moindre accès aux compléments de santé et des restes à charge proportionnellement plus lourds pour ces populations.

Répartition des répondants par âge parmi les quatre principaux motifs de renoncement



La catégorie socio-professionnelle confirme cette lecture : les personnes sans activité professionnelle se distinguent par un cumul de freins, avec un coût cité à 29 % (+8 points par rapport à la moyenne) et des difficultés de trajet à 28 % (+12 points). Cette catégorie concentre les vulnérabilités économiques et géographiques. À l'inverse, les retraités présentent les taux les plus bas sur presque tous les items, avec 40 % de non-concernés.

Analyse territoriale

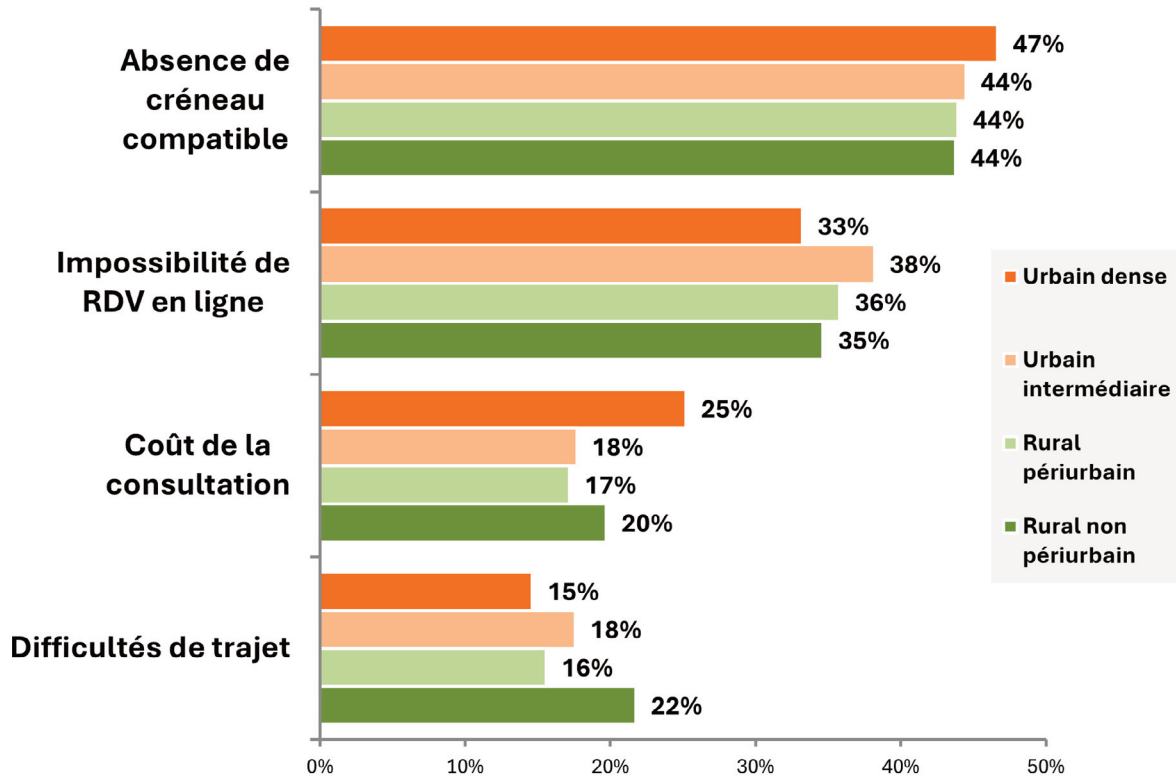
La dimension géographique se manifeste avec le plus de netteté dans les contraintes de déplacement :

22 % en zone rurale non périurbaine contre 15 % en zone urbaine dense, soit un écart de 7 points. Ce résultat, attendu, confirme que la distance reste une barrière spécifique aux territoires ruraux éloignés de villes (non périurbains).

L'impossibilité de prendre rendez-vous en ligne est plus marquée dans les espaces urbains intermédiaires (38 %) qu'en urbains denses (33 %), suggérant un retard de digitalisation de l'offre de soins dans ces territoires de villes moyennes.

À l'échelle départementale, les variations sont importantes sur l'item « absence de créneau » : de 33 % en Charente-Maritime et 35 % dans la Somme à 59 % dans le Gard et 56 % dans l'Ain, soit un écart de 26 points qui reflète des réalités très contrastées de l'offre de soins selon les territoires.

Répartition des répondants par type de commune de résidence
 parmi les quatre principaux motifs de renoncement



Q3 - Le recours aux urgences faute de rendez-vous

Les freins à la consultation identifiés en Q2 ont des conséquences concrètes. La question suivante mesure l'une d'entre elles : le report vers les urgences hospitalières.

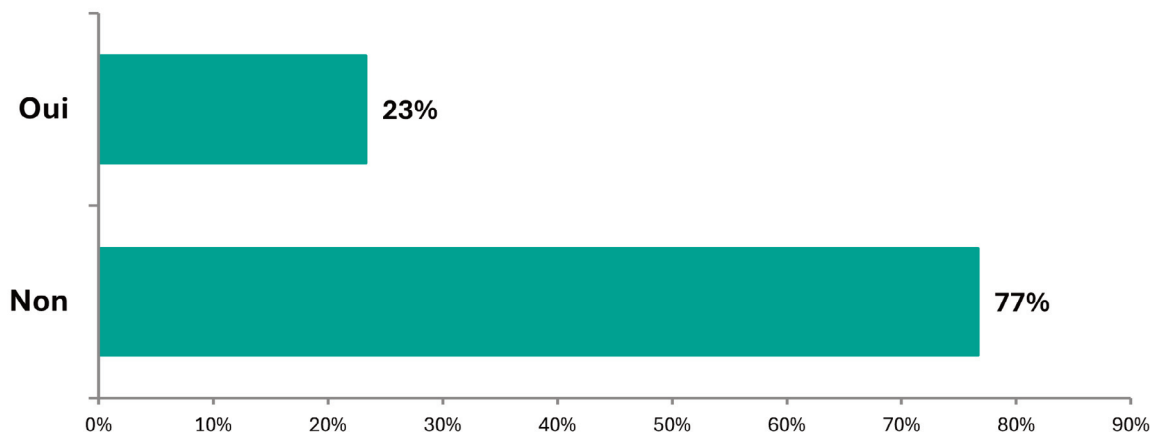
Question 3 : Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'aller aux urgences faute de rendez-vous disponible chez un professionnel de santé ?

Constat national

23 % des patients déclarent avoir eu recours aux urgences faute de rendez-vous disponible au cours

des 12 derniers mois, soit près d'un patient sur quatre. Ce résultat confirme le lien entre difficultés d'accès aux soins de ville et pression sur les services d'urgences hospitalières.

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'aller aux urgences faute de rendez-vous disponible chez un professionnel de santé ?



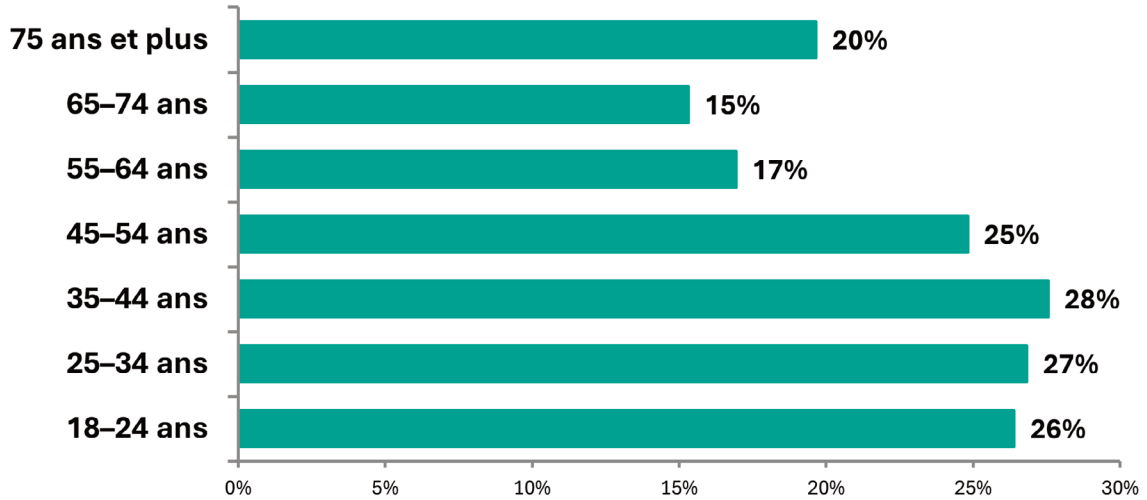
Analyse selon les caractéristiques sociodémographiques

En termes de classe d'âge, le recours aux urgences par défaut diminue avec l'âge, de 28 % chez les 35-44 ans (le taux le plus élevé, probablement lié aux besoins pédiatriques urgents) à 15 % chez les

65-74 ans. Les 25-34 ans (27 %) et les 18-24 ans (25 %) pré-sentent également des taux supérieurs à la moyenne. Ce gradient est cohérent avec celui observé sur le renoncement (Q1) : les classes d'âge qui peinent le plus à trouver un créneau sont aussi celles qui se reportent le plus vers les urgences.

Concernant le genre, l'écart entre femmes et hommes est négligeable (1 à 2 points).

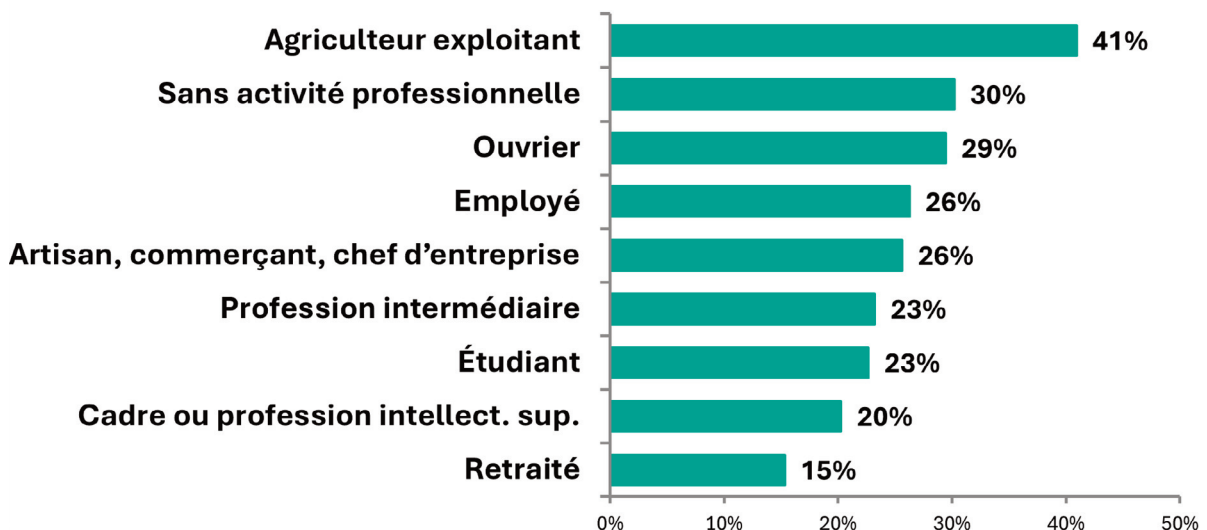
Répartition des répondants par âge parmi ceux qui se sont rendus aux urgences faute de rendez-vous disponible chez un professionnel de santé



La catégorie socio-professionnelle constitue le croisement le plus parlant sur cette question. Les personnes sans activité professionnelle (30 %) et les ouvriers (29 %) recourent aux urgences 7 à 8 points au-dessus de la moyenne. Les retraités (15 %) y recourent le moins, cohérent avec leur moindre taux de renoncement. Ce sont également les catégories

élevés en Q1 (63 % chacune). Le recours aux urgences par défaut est donc concentré sur les populations qui peinent le plus à accéder aux soins de ville, que ce soit pour des raisons de disponibilité de créneaux ou, dans le cas des personnes sans activité professionnelle, de cumul avec des freins financiers et géographiques.

Répartition des répondants par CSP parmi ceux qui se sont rendus aux urgences faute de rendez-vous disponible chez un professionnel de santé



Analyse territoriale

Les écarts selon la typologie communale sont modérés (3 à 4 points) et ne permettent pas d'identifier un effet territorial structurant.

À l'échelle départementale, les disparités sont importantes : de 12 % dans les départements les moins touchés à 42 % dans l'Yonne, suivie du Loiret (40 %) et de la Loire (36 %). Ces écarts départementaux suggèrent un lien entre tensions sur l'offre de soins de ville et report vers les urgences hospitalières.

Lecture croisée : urgences évitées et urgences subies

Les questions Q3 et Q4, lues conjointement, offrent une image complète du lien entre accès aux soins de ville et recours aux urgences. D'un côté, 23 % des patients sont allés aux urgences faute de rendez-vous (Q3). De l'autre, parmi ceux qui ont été en situation de besoin, 44 % ont évité les urgences grâce à un rendez-vous en ligne rapide (Q4).

Ces deux phénomènes coexistent et se complètent : le rendez-vous en ligne agit déjà comme un régulateur partiel, mais son effet reste limité par la couverture inégale de l'offre numérique sur le territoire. L'écart territorial (22 % d'évitement en urbain dense contre 16 % en rural non périurbain) suggère un gisement d'impact significatif dans les territoires sous-équipés.

Q4 - L'évitement des urgences grâce au rendez-vous en ligne

Le rendez-vous en ligne peut-il inverser la dynamique de report vers les urgences ? La question suivante mesure directement cet effet

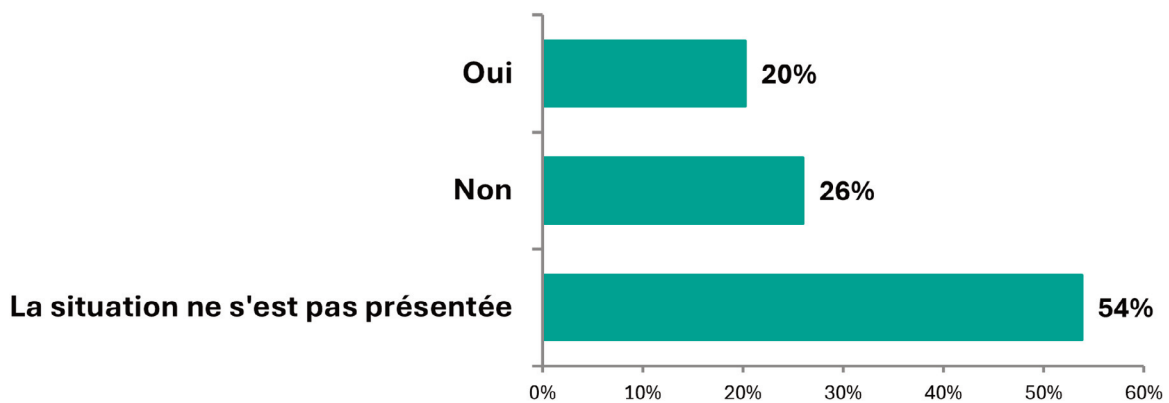
Question 4 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà évité de consulter aux urgences parce que vous avez pu obtenir un rendez-vous en ligne rapidement ?

Constat national

Sur l'ensemble des répondants, 20 % déclarent avoir évité les urgences grâce à un rendez-vous en ligne, 26 % répondent non, et 54 % indiquent que la situation ne s'est pas présentée. Un patient sur

cinq a donc été réorienté vers la médecine de ville par la disponibilité rapide d'un créneau en ligne. Mis en regard des 23 % de recours aux urgences par défaut (Q3), ce résultat montre que les deux phénomènes coexistent : le rendez-vous en ligne agit déjà comme un régulateur partiel du recours aux urgences.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà évité de consulter aux urgences parce que vous avez pu obtenir un rendez-vous en ligne rapidement ?



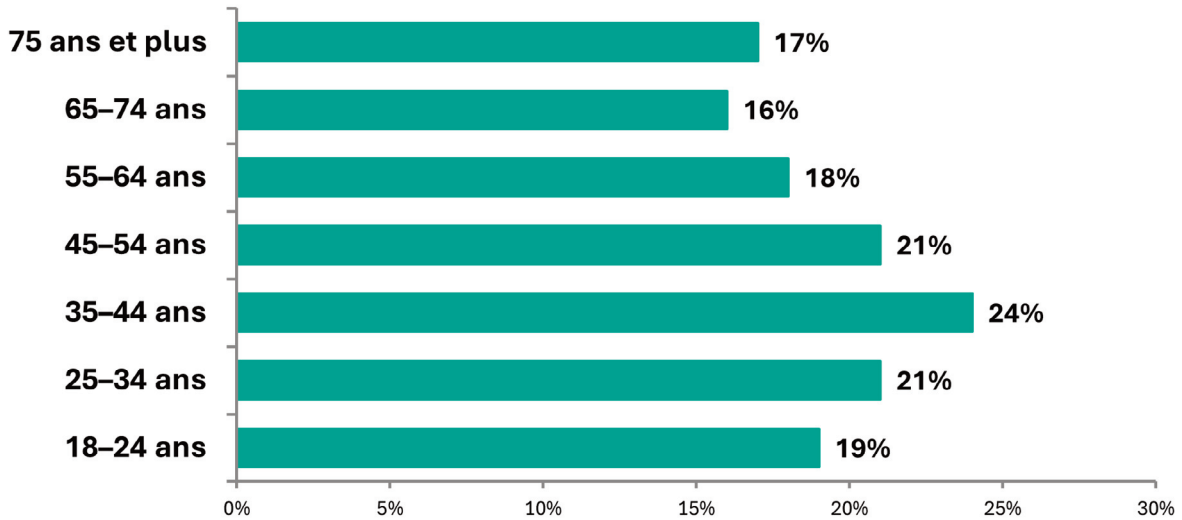
Analyse selon les caractéristiques sociodémographiques

En termes de genre, les femmes (22 %) déclarent plus souvent avoir évité les urgences grâce au rendez-vous en ligne que les hommes (18 %). Cet écart de 4 points peut s'expliquer par une adoption plus précoce du rendez-vous en ligne dans certains

domaines où les femmes sont surreprésentées parmi les utilisateurs (gynécologie, pédiatrie).

Quant à la classe d'âge, le taux d'évitement est le plus élevé chez les 35-44 ans (24 %), classe d'âge la plus confrontée aux besoins pédiatriques urgents et la plus utilisatrice des outils numériques. Il décroît progressivement jusqu'à 16 % chez les 65-74 ans. L'écart reste toutefois limité (8 points entre extrêmes).

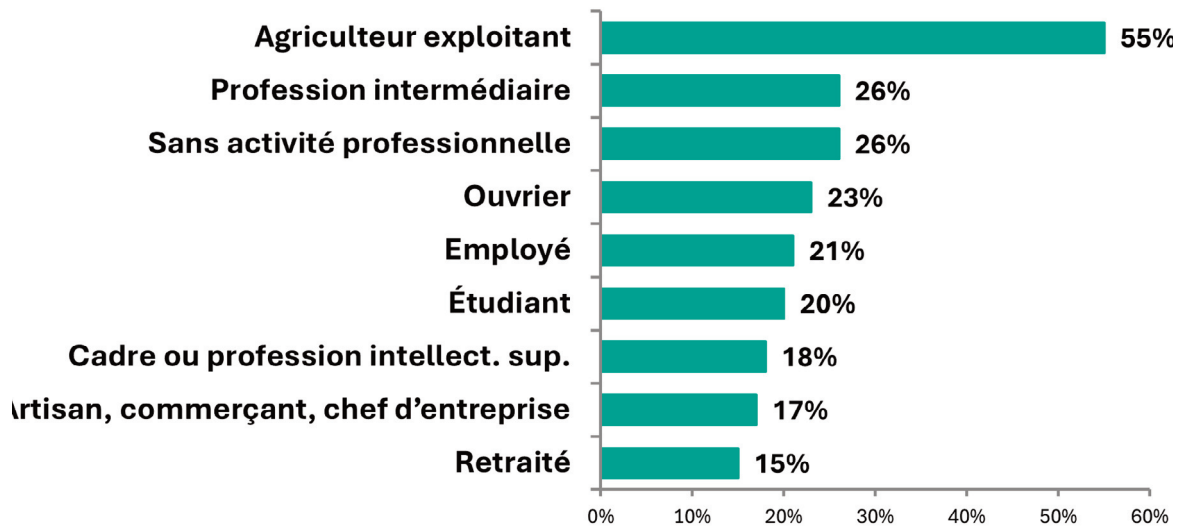
Répartition des répondants par âge parmi ceux qui ont évité de consulter aux urgences parce qu'ils ont pu obtenir un rendez-vous en ligne rapidement



Concernant la catégorie socio-professionnelle, les écarts sont modérés. On note que les professions intermédiaires et les personnes sans activité professionnelle affichent les taux les plus élevés (26 %),

tandis que les retraités présentent le taux le plus bas (15 %), cohérent avec un moindre recours aux urgences documenté en Q3.

Répartition des répondants par CSP parmi ceux qui ont évité de consulter aux urgences parce qu'ils ont pu obtenir un rendez-vous en ligne rapidement

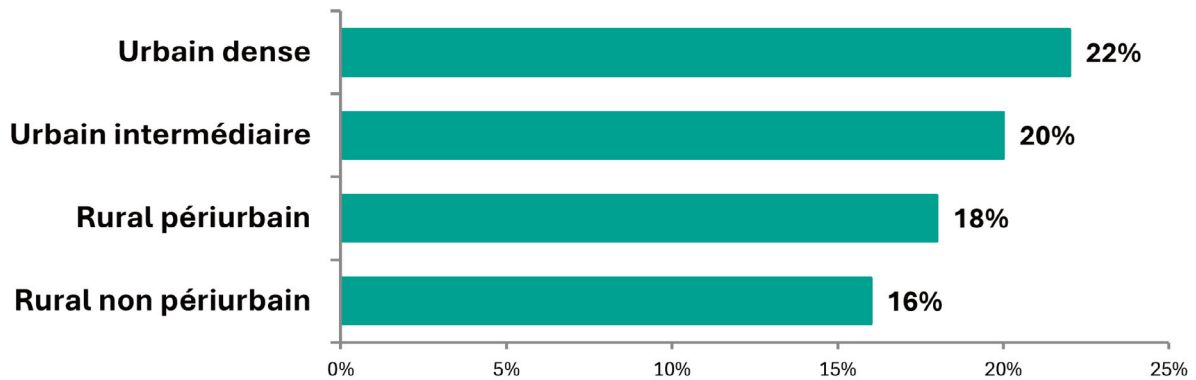


Analyse territoriale

Le taux d'évitement des urgences grâce au rendez-vous en ligne décroît avec la ruralité : 22 % en zone urbaine dense contre 16 % en zone rurale non périurbaine, soit un écart de 6 points. Ce gradient

territorial est l'un des résultats les plus nets de cette question. Il suggère que le rendez-vous en ligne produit un effet d'autant plus fort que l'offre numérique est développée, et que l'extension de cette offre dans les territoires ruraux constitue un levier concret de réduction du recours aux urgences.

Répartition des répondants par type de commune de résidence parmi ceux qui ont évité de consulter aux urgences parce qu'ils ont pu obtenir un rendez-vous en ligne rapidement



Q5 - L'usage de l'IA conversationnelle pour la santé

Au-delà des freins traditionnels, un nouveau comportement émerge : le recours à l'IA étape préalable ou alternative à la consultation.

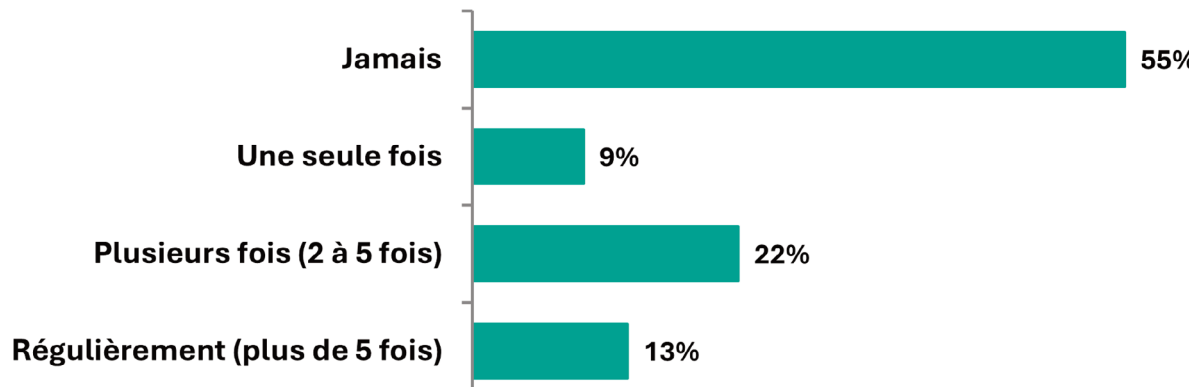
Question 5 : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous utilisé une IA conversationnelle (ex. ChatGPT) pour une question relative à votre santé ?

Constat national

45 % des répondants déclarent avoir utilisé une IA conversationnelle pour une question de santé au cours des 3 derniers mois : 9 % une seule fois, 22 % plusieurs fois et 13 % régulièrement. Ce niveau

d'adoption, probablement supérieur à celui de la population générale (les utilisateurs de Doctolib étant plus familiers du numérique), constitue néanmoins un signal fort. L'IA conversationnelle est déjà un intermédiaire de fait dans le parcours de santé d'une part importante des patients.

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous utilisé une IA conversationnelle (ex. ChatGPT) pour une question relative à votre santé ?

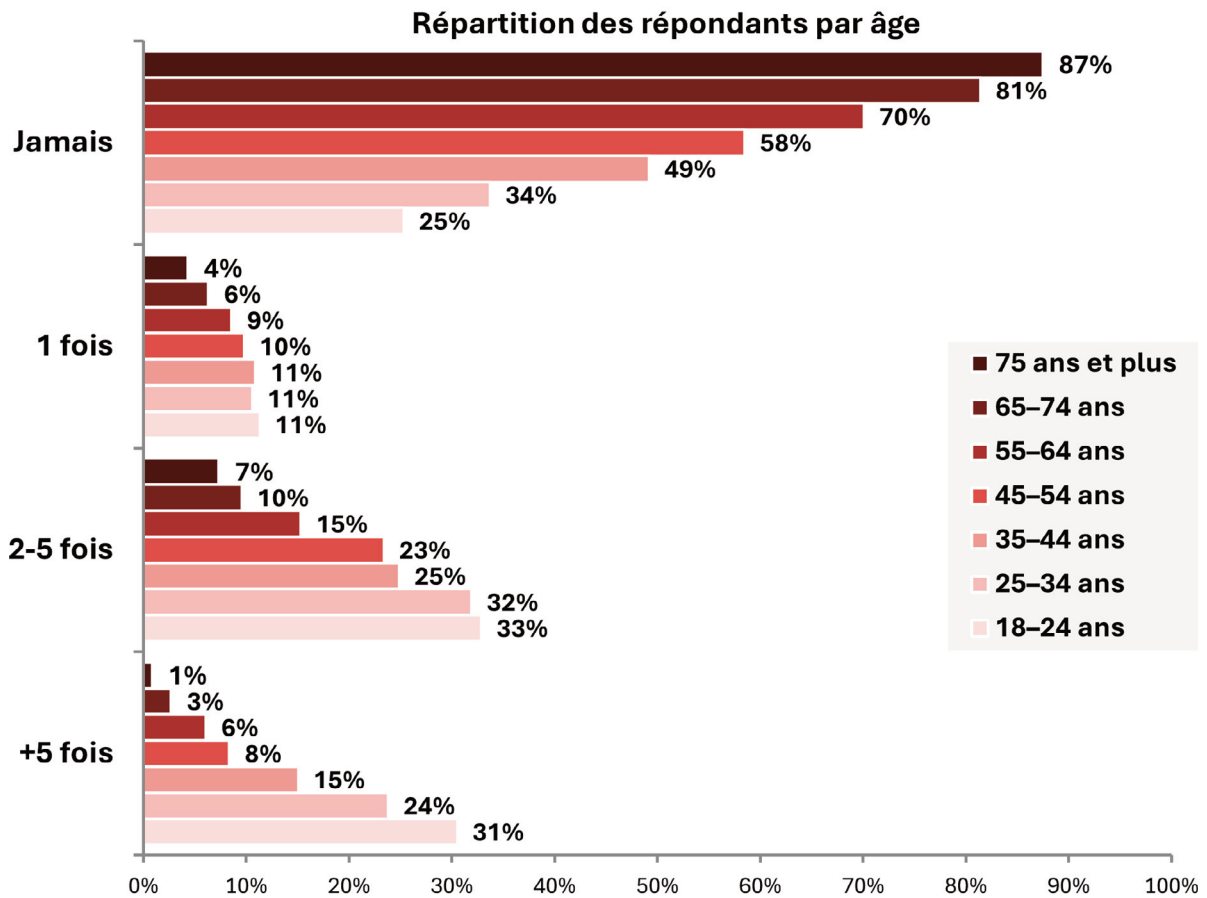


Analyse selon les caractéristiques sociodémographiques

La classe d'âge est le déterminant le plus puissant de l'usage de l'IA. 75 % des 18-24 ans et 66 % des 25-34 ans ont utilisé l'IA pour leur santé, contre seulement 19 % des 65-74 ans et 13 % des 75 ans

et plus. L'écart de 62 points entre les extrêmes est le gradient le plus important toutes questions confondues. Il dessine une fracture générationnelle nette dans le rapport à l'information de santé.

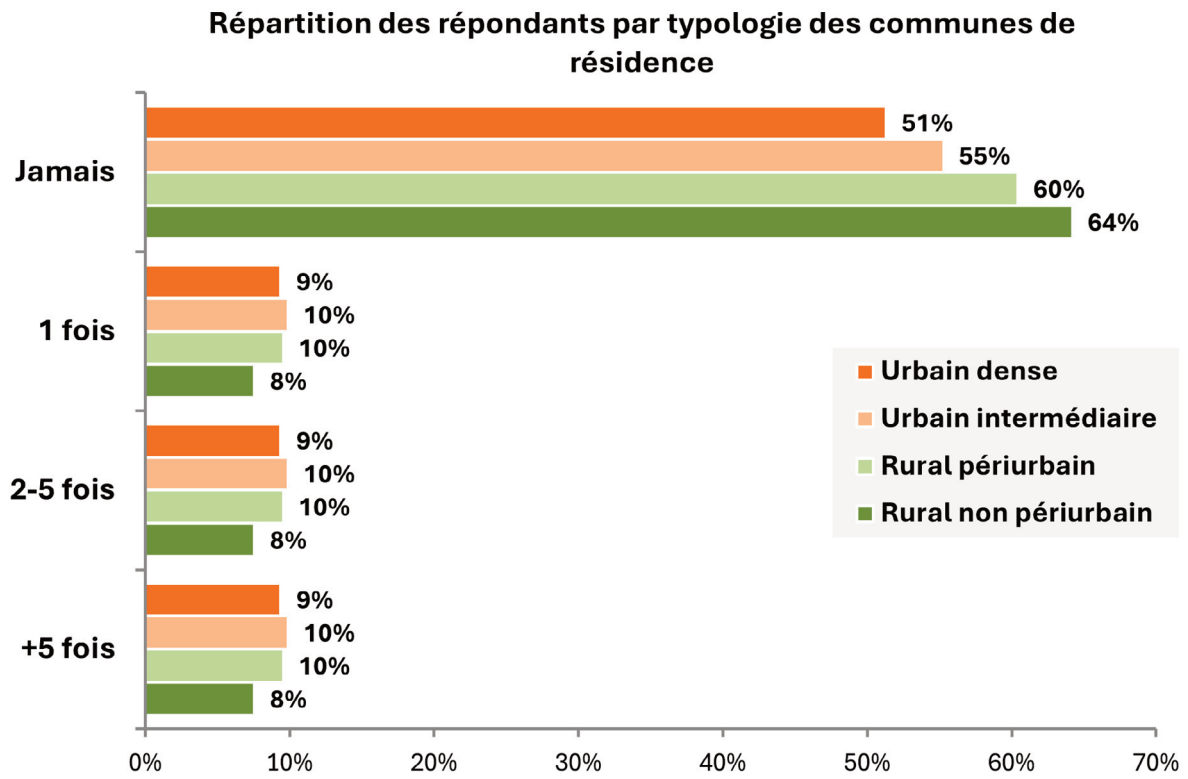
Concernant le genre, l'écart entre femmes et hommes est faible (3 à 4 points) et ne constitue pas un facteur discriminant sur cette question.



La catégorie socio-professionnelle prolonge ce constat : les étudiants (78 %) et les cadres (57 %) sont les plus utilisateurs de l'IA pour une question relative à leur santé, contre 17 % chez les retraités et 38 % chez les ouvriers. Ce gradient socio-professionnel soulève la question d'une fracture numérique dans l'accès à l'information de santé, qui pourrait à terme accentuer les inégalités déjà documentées dans les questions précédentes.

Analyse territoriale

L'usage de l'IA varie selon la typologie communale : 49 % en zone urbaine dense contre 36 % en zone rurale non périurbaine, soit un écart de 13 points. C'est l'un des écarts territoriaux les plus marqués de l'enquête. Il reflète principalement des effets de composition (les zones urbaines concentrent davantage de jeunes et de cadres, premiers utilisateurs de l'IA) mais peut aussi traduire un moindre accès au numérique dans les territoires ruraux.



Q5a - Les conséquences de l'usage de l'IA sur le parcours de soins

L'IA est utilisée massivement (Q5). Mais quel est son impact réel sur les décisions de santé des patients ?

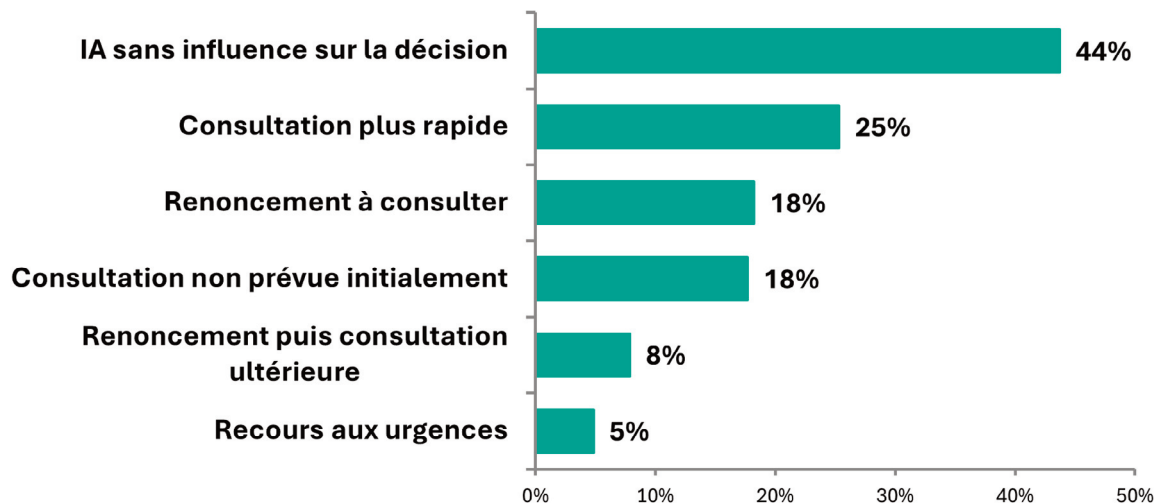
Question 5a : Après avoir utilisé une intelligence artificielle conversationnelle pour un problème de santé, cela vous a-t-il conduit à : (Question à choix multiples – Base : 3 527 répondants ayant utilisé l'IA au moins une fois)

Constat national

Parmi les utilisateurs d'IA, 44 % déclarent que l'IA n'a pas influencé leur décision de consulter. Les effets positifs existent : 25 % indiquent avoir consulté plus rapidement et 18 % avoir consulté un professionnel de santé alors qu'ils n'y pensaient pas

initialement. Cependant, 18 % déclarent avoir renoncé à consulter un professionnel de santé à la suite de l'utilisation de l'IA, 8 % avoir d'abord renoncé puis finalement dû consulter par la suite, et 5 % s'être rendus aux urgences. L'IA peut ainsi à la fois accélérer l'accès au soin et conduire une partie des patients à se soustraire à un avis médical professionnel.

Après avoir utilisé une intelligence artificielle conversationnelle (ex. ChatGPT) pour un problème de santé, cela vous a-t-il conduit à :



Analyse selon les caractéristiques sociodémographiques

En termes de classe d'âge, les 18-24 ans et les 25-34 ans sont celles où le renoncement à la consultation après usage de l'IA est le plus fréquent. Rapporté à l'ensemble de la classe d'âge (et non aux

seuls utilisateurs), cela représente environ 12 à 15 % de ces tranches qui renoncent à consulter sur la base d'une réponse d'IA. Ce résultat mérite une attention particulière : ce sont les mêmes classes d'âge qui présentent les taux de renoncement les plus élevés (Q1), ce qui suggère un possible effet de cumul où l'IA vient renforcer un comportement de renoncement déjà installé.

Concernant la catégorie socio-professionnelle, parmi les utilisateurs d'IA, les cadres (23 %) et les professions intermédiaires (22 %) présentent les taux de renoncement les plus élevés, suivis des

étudiants (20 %). Les retraités (8 %) affichent le taux le plus bas. L'écart de 15 points entre cadres et retraités reflète avant tout la différence d'intensité d'usage de l'IA entre ces catégories.

Focus : les étudiants, un profil à risques cumulés

Les étudiants présentent le profil le plus préoccupant de l'enquête. Ils cumulent un taux de renoncement élevé (66 %), la barrière financière la plus forte (37 % citent le coût), le taux d'adoption de l'IA le plus élevé (78 %), et le taux de renoncement post-IA parmi les plus hauts (20 % des étudiants utilisateurs).

Ce cumul dessine un parcours de soins spécifique : face au coût et à la rareté des créneaux, l'étudiant se tourne vers l'IA, qui peut le conforter dans une décision de ne pas consulter. Ce phénomène appelle une attention particulière en matière de politique de santé étudiante.

Analyse territoriale

En zone urbaine dense, 9 % de l'ensemble des répondants déclarent avoir renoncé à consulter après usage de l'IA, contre 6 % en zone rurale non périurbaine. Cet écart s'explique principalement par la différence de pénétration de l'IA entre ces

territoires plutôt que par un effet territorial propre. En revanche, c'est en zone urbaine dense que l'IA conduit le plus souvent à une consultation plus rapide (13 % contre 9 % en rural non périurbain), ce qui suggère que la disponibilité de l'offre de soins en ville permet de transformer plus facilement l'intention générée par l'IA en acte de consultation effectif.

Table des matières

- 01 Avant-propos. Accès aux soins : des défis et des promesses
–**Roman Bornstein**
- 03 Avant-propos. Cartes de France 2026 : « une autre façon d'agir pour l'accès aux soins »
–**Jean-Urbain Hubau**
- 05 Avant-propos. Éclairer l'accès aux soins, entre délais et vécu des patients
–**Joy Raynaud**
- 07 Avant-propos. Fractures sanitaires, fractures républicaines : l'inégal accès au soin cristallise le ressentiment rural
–**Rémi Branco**
- 09 Les grands enseignements
- 12 Cartes de France 2026 de l'accès aux soins : dix spécialités à la loupe
–**Joy Raynaud**
- Analyse par profession
- 19 Médecine générale
- 28 Pédiatrie
- 35 Chirurgie dentaire
- 40 Maïeutique
- 47 Masso-kinésithérapie
- 54 Cardiologie
- 63 Gynécologie médicale et obstétrique
- 68 Ophtalmologie
- 75 Dermatologie
- 82 Psychiatrie

- 89 Enquête patients. Accès aux soins en France.
La perspective des patients : parcours, renoncement et recours
- 91 Q1 - Le renoncement à la recherche de rendez-vous
- 94 Q2 - Les raisons de non-consultation
- 97 Q3 - Le recours aux urgences faute de rendez-vous
- 100 Q4 - L'évitement des urgences grâce au rendez-vous en ligne
- 103 Q5 - L'usage de l'IA conversationnelle pour la santé
- 106 Q5a - Les conséquences de l'usage de l'IA sur le parcours de soins

Les contributions des professionnels de santé et des représentants syndicaux présentées dans cette étude ont été recueillies en toute indépendance, sans contrepartie financière ni avantage en nature. Chaque intervenant a librement exprimé son point de vue, a relu et validé ses propos avant publication. Ces témoignages, distincts de la production des données chiffrées, visent uniquement à éclairer la compréhension des résultats et n'engagent que leurs auteurs.

POUR FAIRE VIVRE LE DÉBAT, **SOUTENEZ-NOUS !**

Pour poursuivre ses missions d'intérêt général, la Fondation Jean-Jaurès a besoin de votre soutien.

Reconnue d'utilité publique depuis sa création en 1992, elle peut recevoir des dons et des legs des particuliers et des entreprises.

VOUS ÊTES UN PARTICULIER

Les dons des particuliers bénéficient d'une réduction d'impôts sur le revenu égale à 66 % de leur montant, dans la limite de 20 % du revenu imposable, ou de 75 % de vos dons versés au titre de l'IFI dans la limite de 50 000 euros (les dépassements de ces seuils sont reportables sur cinq ans).

Par exemple, un don de 100 € revient à 34 € pour un particulier imposable.

VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE

Les dons des personnes morales de droit privé assujetties à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés bénéficient d'une réduction d'impôt de 60 % pris dans la limite de 0,5 % du chiffre d'affaires (les dépassements de ces seuils sont reportables sur cinq ans).

Dans le cas d'un don de 10 000 €, vous pourrez déduire 6 000 € d'impôt, votre participation aura effectivement coûté 4 000 € à votre entreprise.

COMMENT FAIRE UN LEGS ?

Avec la disposition testamentaire du legs, vous pouvez transmettre tout ou partie de votre patrimoine à la Fondation Jean-Jaurès.

Il faut rédiger un testament et le faire authentifier par un notaire. Tout ou partie des biens peuvent être légués, quels qu'ils soient (somme d'argent, titres, œuvres d'art, immeubles...). Il faut respecter la règle de la quotité disponible s'il y a des héritiers, ou, à défaut d'enfants, le conjoint a une réserve d'un quart du patrimoine ; si ce n'est pas le cas, les biens peuvent être légués en totalité.

BULLETIN DE SOUTIEN



Mon soutien à la Fondation Jean-Jaurès

- 20 euros 50 euros 100 euros 200 euros
 500 euros 1 000 euros Autre montant _____ euros

Je choisis de faire un don :

- à titre personnel
 au titre de la société suivante :

Destinataire du reçu fiscal : _____

N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

- Par chèque, à l'ordre de la **Fondation Jean-Jaurès**
À renvoyer à : Fondation Jean-Jaurès, 12 Cité Malesherbes, 75009 Paris
- Par virement bancaire, daté du : _____
au profit du compte Fondation Jean-Jaurès
IBAN : FR76 4255 9100 0008 0154 2120
862 BIC : CCOPFRPPXXX

- Sur HelloAsso



Reconnue d'utilité publique dès sa création, **la Fondation Jean-Jaurès** est la première des fondations politiques françaises. Elle est présidée par **Jean-Marc Ayrault**.

Indépendante, européenne et sociale-démocrate, elle se veut depuis plus de trente ans un lieu de réflexion, de dialogue et d'anticipation.

La collection des « Rapports », dirigée par **Laurent Cohen** et **Jérémie Peltier**, répond à l'ambition de faire naître analyses pertinentes et propositions audacieuses, mais aussi de mettre cette production intellectuelle et politique au service de tous.

© Éditions Fondation Jean-Jaurès
12, cité Malesherbes - 75009 Paris

www.jean-jaures.org

Derniers rapports et études :

04_2026 : Décentralisons la République. Renouer avec la fierté d'un modèle français
Émilie Agnoux, Johan Theuret (coord.)

03_2026 : Reconstruire un discours progressiste sur la nation
Collectif

03_2026 : Mon territoire. Ici et ailleurs, hier et demain
François Miquet-Marty, Lucia Socias

03_2026 : Dire et réfléchir l'injustice : la parole des Français
Jacques Lévy

02_2026 : Pour une stratégie de reconstruction industrielle ancrée dans les territoires
Louis-Samuel Pilcer, Matilin Le Meur

02_2026 : En bande organisée ? Radiographie des étudiants d'Aix Marseille Université
Éric Berton, Antoine Bristielle, Dorian Dreuil, Nicola Gaddoni

02_2026 : La social-écologie en action. 15 expérimentations municipales
Collectif

02_2026 : Pour un nouvel esprit d'entreprise. Un modèle d'entreprise responsable,
ancrée et démocratique pour la France et l'Europe
Timothée Duverger, Thierry Germain, Dominique Potier, Robin Troutot, Boris Vallaud

01_2026 : Pour une nouvelle réflexion transpartisane sur la décentralisation
Camille Chaussinand, Jacques Dubay, Didier Locatelli, André Vallini

01_2026 : Soigner l'expérience sensible. Trente propositions pour les élections municipales de 2026
Paul Klotz

-  [fondationjeanjaures](https://www.facebook.com/fondationjeanjaures)
-  [@j_jaures](https://twitter.com/@j_jaures)
-  [fondation-jean-jaures](https://www.linkedin.com/company/fondation-jean-jaures)
-  www.youtube.com/c/FondationJeanJaures
-  [fondationjeanjaures](https://www.instagram.com/fondationjeanjaures)
-  [fondationjeanjaures](https://www.soundcloud.com/fondationjeanjaures)
-  [fondationjjaures.bsky.social](https://bsky.app/profile/fondationjjaures.bsky.social)
-  bit.ly/4g6UANC

Abonnez-vous !



www.jean-jaures.org


Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS