

# Er études et Résultats

drees

IRDES

Institut de recherche  
et documentation en  
économie de la santé



N° 764 • juin 2011

## Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes.

Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

**Magali COLDEFY, Laure COM-RUELLE et Véronique LUCAS-GABRIELLI** (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale



**D**ANS un contexte de restructuration de l'offre hospitalière et de diminution à venir des effectifs de médecins, l'accessibilité géographique aux soins est devenue une question centrale. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 introduit pour la première fois la notion d'accessibilité géographique dans la définition même des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). Plus largement, la question de la distance d'accès s'insère dans l'un des défis de la stratégie nationale du développement durable 2009-2013 qui est de promouvoir des pratiques de mobilité plus durables pour les personnes et les biens, en favorisant la proximité et en veillant à l'accès aux services et à la mobilité pour tous.

Il s'agit de dresser un état des lieux de l'accessibilité spatiale aux soins en France métropolitaine. Cet état des lieux est réalisé au 1er janvier 2007, date à laquelle le nombre de médecins et la densité médicale moyenne ont atteint un niveau historiquement haut en France. Dans la décennie à venir, l'effectif de médecins et la densité médicale vont baisser, de façon transitoire mais notable. Parallèlement, la

population va continuer à s'accroître et la proportion de personnes âgées, fortes consommatrices de soins mais moins mobiles, va augmenter.

L'accessibilité spatiale est mesurée en estimant pour chaque commune les distances par la route d'accès aux soins les plus proches (concept de proximité immédiate - encadré 1). Ces distances sont calculées pour les soins de ville et hospitaliers, en kilomètres et en temps d'accès par le réseau routier. L'objectif est aussi de mettre en évidence des seuils au-delà desquels l'accès à une spécialité, une discipline hospitalière ou un équipement lourd devient difficile, et de quantifier et localiser les populations qui vivent loin des soins.

Les bases de données disponibles pour analyser les distances d'accès aux soins sont multiples et spécifiques au champ concerné, les soins de ville ou les soins hospitaliers. Pour les soins de ville, les données sont extraites du Système national d'information interrégimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Sniiram). Elles permettent de dénombrer les professionnels de santé libéraux ayant eu une activité libérale dans l'année. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice de repérage et de géolocalisation des spécialités hospitalières à partir des fichiers du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) a été définie, les différents fichiers administratifs ne contenant plus cette information détaillée (encadré 2). Pour les équipements matériels lourds, les données de la SAE et du Sniiram ont été mobilisées.

### Des soins de proximité à moins de 15 minutes pour 95 % de la population

La mesure de la répartition spatiale des soins met en évidence un accès aux soins de proximité (définis ici comme les soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux) globalement bon, puisque 95 % de la population française se situe à moins de 15 minutes de ces services. Concernant les seuls méde-

#### ENCADRÉ 1

### Méthode

#### L'accessibilité spatiale

L'accessibilité spatiale aux soins est définie comme la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services. Elle peut être appréhendée de différentes manières, comme le montre cette classification.

Concept	Mesure d'accessibilité
Disponibilité dans une unité géographique	Nombre de services dans l'unité géographique
Disponibilité dans le voisinage immédiat	Nombre de services à une distance donnée
<b>Proximité immédiate</b>	<b>Distance entre un lieu et le service le plus proche</b>
Distance moyenne aux services	Distance moyenne entre un lieu et toutes les localisations d'un service

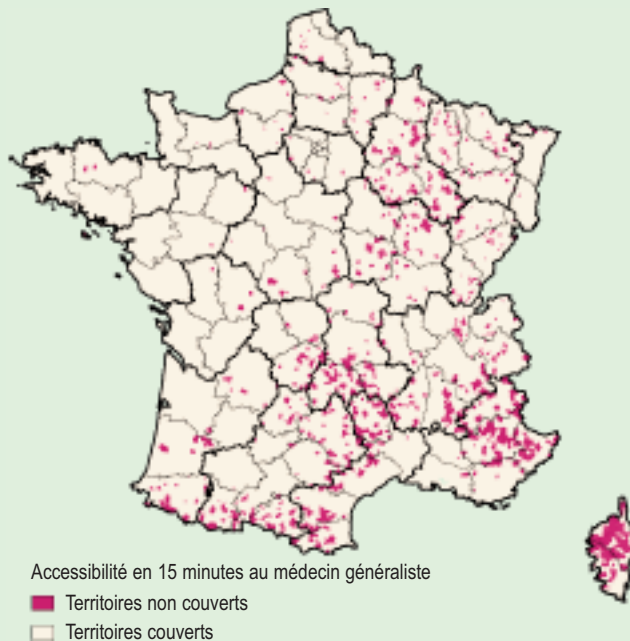
Source : Aparicio *et al.*, 2008.

La mesure choisie pour la présente étude est celle de la proximité immédiate, c'est-à-dire la distance à parcourir pour la population de chaque commune pour accéder au service recherché le plus proche. Les distances sont calculées pour chaque commune entre le chef-lieu de celle-ci (la localisation de la mairie) et le chef-lieu de la commune équipée la plus proche. Elle est nulle lorsque la commune elle-même est équipée du service, ce qui tend à sous-estimer les distances.

Les distances sont mesurées en kilomètres par la route et en temps, en utilisant un distancier avec un Système d'information géographique (SIG). Le modèle proposé par défaut fournit des vitesses par type de voie basées sur l'étude de statistiques routières nationales. Les distances moyennes sont des distances pondérées par la population des communes pour tenir compte du nombre de personnes concernées.

■ CARTE 1

**La France à 15 minutes : territoires couverts par les soins de proximité délivrés dans le cadre libéral au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

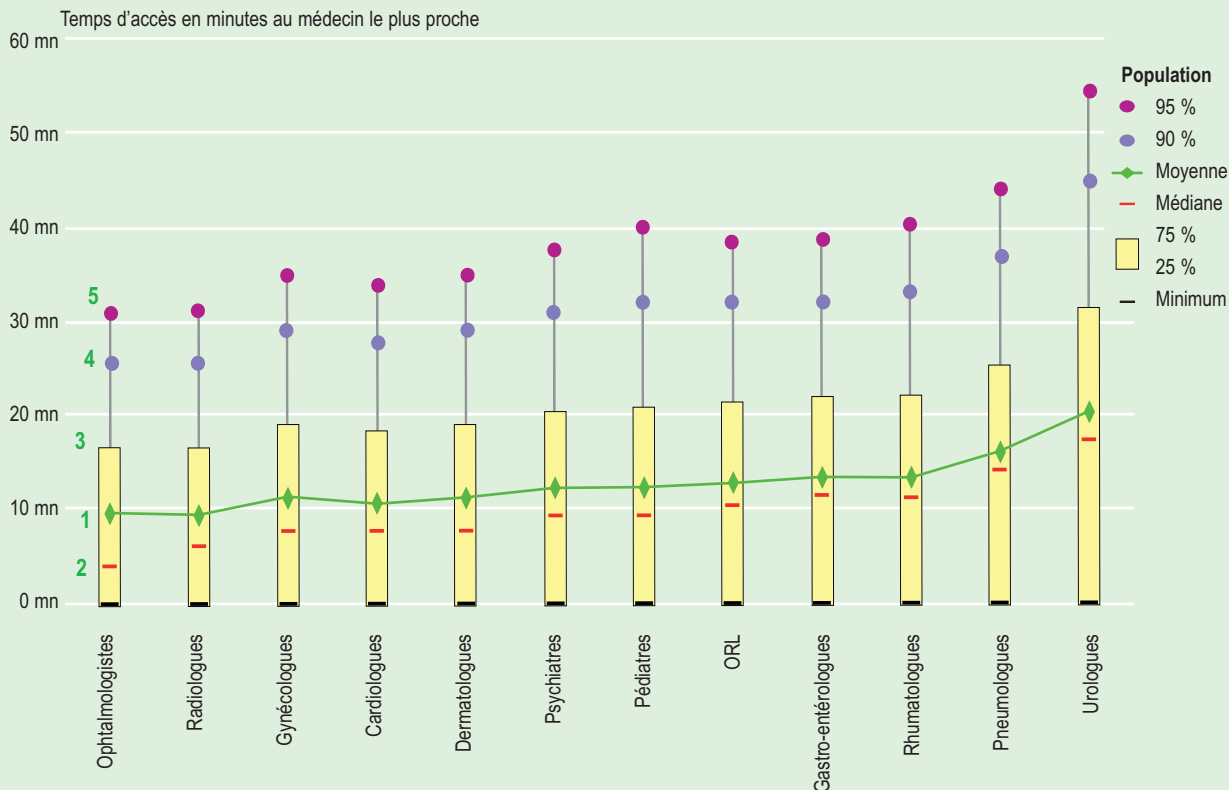


Cartographie • Irdes.  
Sources • Sniiram.

cins généralistes, l'accès géographique est globalement très satisfaisant : moins de 1 % de la population vivant dans 4 % des communes françaises est à plus de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste en 2007 (carte 1). Cela concerne environ 600 000 personnes vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses mais qui cumulent également de nombreux autres désavantages liés à leur isolement géographique, notamment l'éloignement aux autres équipements et services. Trois régions sont plus affectées que les autres : la Corse, l'Auvergne et Champagne-Ardenne, avec respectivement 11 %, 1,5 % et 2 % de la population habitant à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste. Pour ces populations se pose un vrai problème d'accès, et des solutions innovantes et spécifiques, tant sur les plans de l'organisation que du financement, sont nécessaires si l'on veut leur garantir un service de soins équitable.

■ GRAPHIQUE 1

**Distribution des temps d'accès aux médecins libéraux par spécialité au 1<sup>er</sup> janvier 2007**



**Lecture** • Si, en moyenne, la population doit parcourir 9 mn **1** pour accéder à l'ophtalmologiste le plus proche de son lieu de résidence, 50 % de la population y a accès en moins de 3 mn **2**, 75 % en moins de 17 mn **3**. Cependant, 10 % des Français sont à plus de 25 mn **4** et 5 % à plus de 30 mn **5** d'un tel spécialiste.

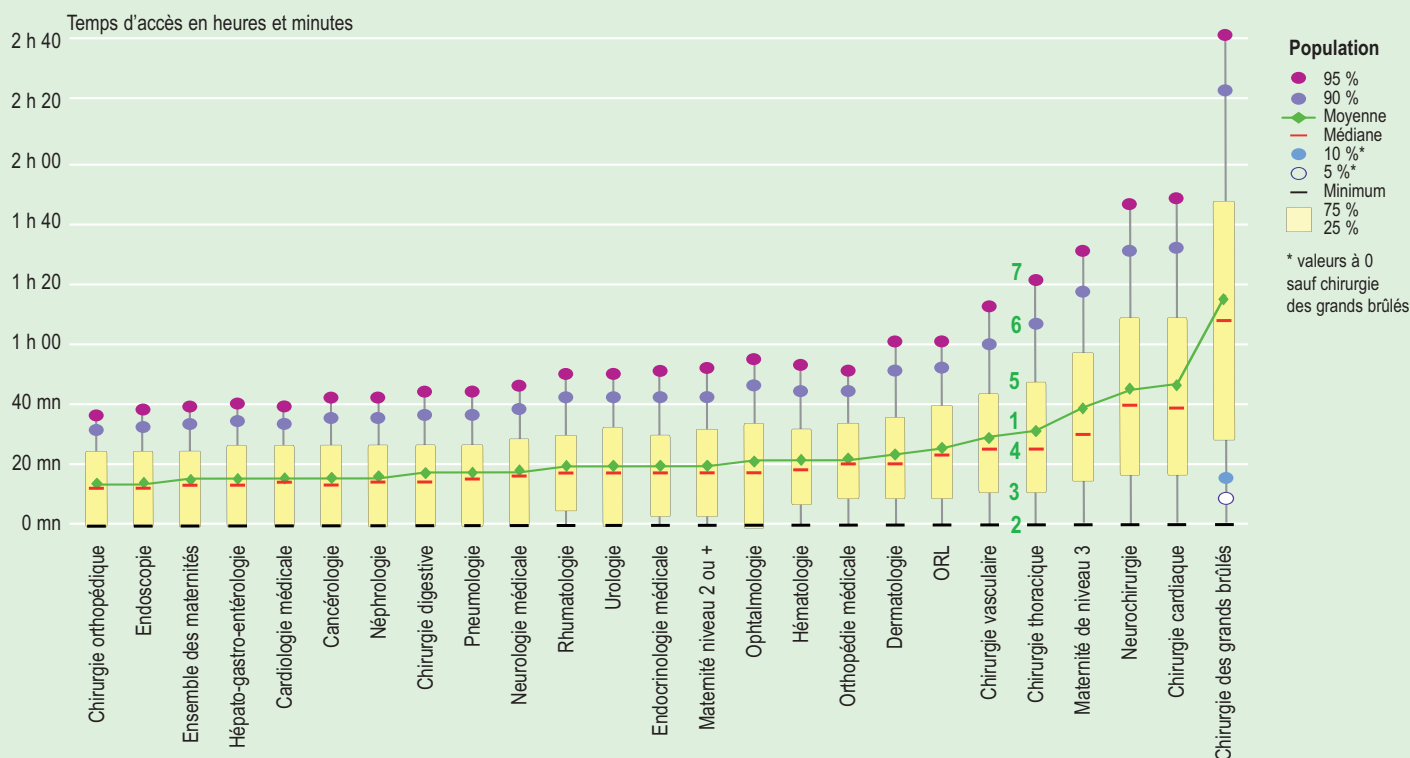
**Note de champ** • La distribution est tronquée sans les 5 % de temps les plus élevés. Le temps maximum à parcourir est compris entre 2 h 00 et 2 h 30 selon les spécialités.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • Cnamts, Irdes.

GRAPHIQUE 2

Distribution des temps d'accès aux différentes disciplines hospitalières au 1<sup>er</sup> janvier 2007



**Lecture** • La population française doit, en moyenne, parcourir 30 mn de trajet **1** pour accéder au service de chirurgie thoracique le plus proche. Le temps d'accès pour cette spécialité varie de 0 mn **2**, pour les habitants d'une commune disposant du service, à plus de 3 h 00 pour les plus éloignés. Un quart de la population est à moins de 12 mn **3** d'un service de chirurgie thoracique, 50 % à moins de 25 mn **4**, 75 % à moins de 45 mn **5**. Mais 10 % de la population parcourt plus d'1 h 00 **6**, et 5 % plus d'1 h 20 **7** pour y accéder.

**Note de champ** • Les données sont tronquées de 5 % dans la partie supérieure de la distribution. Le temps maximum à parcourir est de 2 h 30 pour accéder à la plupart des spécialités hospitalières. Il atteint 4 h 00 pour l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire et thoracique et la neurochirurgie, et dépasse 10 h 00 pour les spécialités les plus rares (chirurgie cardiaque, chirurgie des grands brûlés et maternités de niveau 3) pour lesquelles la population a moins fréquemment à se déplacer par la route.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • PMSI, SAE.

**Les spécialistes libéraux et les disciplines hospitalières les plus courantes sont accessibles en moins de 20 minutes**

Concernant les spécialités et disciplines médicales et chirurgicales, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants (scanners et IRM) sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route (graphiques 1 et 2). Et la quasi-totalité (95 %) de la population française peut accéder à un service de chirurgie orthopédique ou digestive, une maternité, un service d'endoscopie digestive, d'hépatogastro-entérologie, de cardiologie, de néphrologie ou de pneumologie en moins de 45 minutes par la route, les trois quarts de la population y accédant même en moins de 25 minutes (graphique 2).

Les équipements médicaux les plus courants de type scanner et appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont situés en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Malgré la diffusion importante des appareils d'IRM sur le territoire depuis les années 1990, l'accès à ce type d'équipement reste marqué par des disparités régionales et des délais d'attente qui peuvent être importants. Les équipements moins courants comme les caméras à scintillation et les tomographes à émission de positons sont accessibles en moyenne à respectivement 31 et 46 minutes de trajet par la route.

**Les temps d'accès les plus longs aux soins de spécialistes libéraux concernent les régions rurales à faible densité de population**

Les mêmes régions cumulent l'éloignement aux soins de proximité et aux

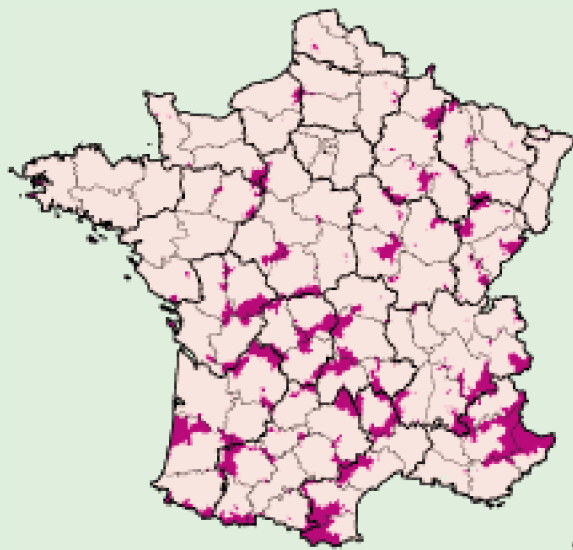
spécialistes libéraux, aussi bien pour les spécialités les plus courantes que pour les spécialités les plus rares. Ainsi, les personnes résidant en Corse, Limousin, Bourgogne et Auvergne, régions rurales à faible densité de population, sont soumises aux plus grands temps d'accès. Dans ces régions, un cinquième (20 %) des habitants résident à plus de 30 minutes en voiture du spécialiste le plus proche. Au-delà de 45 minutes, la part de la population concernée se réduit fortement, pour atteindre 1 à 3 %.

**Les spécialistes de secteur 1 plus difficiles d'accès, particulièrement en Île-de-France**

Ces résultats doivent toutefois être modulés en fonction du secteur conventionnel d'exercice du praticien, accessibilité spatiale et financière pouvant se combiner : plus le

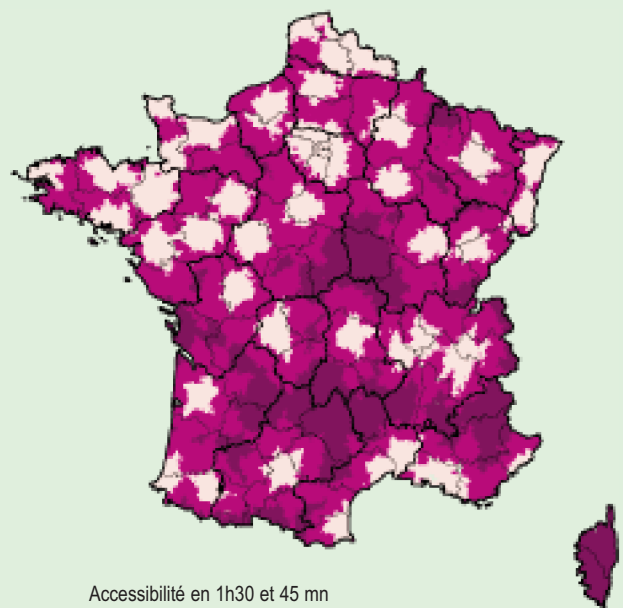
## Les territoires couverts par les maternités au 1<sup>er</sup> janvier 2007

Maternités tous niveaux confondus



Accessibilité en 45 mn  
 ■ Territoires non couverts  
 □ Territoires couverts

Maternités de niveau 3



Accessibilité en 1h30 et 45 mn  
 ■ Territoires non couverts à 1h30  
 ■ Territoires couverts à 1h30  
 □ Territoires couverts à 45 mn

Cartographie • Irdes.  
 Sources • DREES, SAE.

service est rare (en termes d'accessibilité), plus l'accès géographique à un praticien exerçant en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) devient difficile comparativement à l'accès à un praticien tous secteurs (secteurs 1 et 2). Plus que le caractère urbain ou rural de la zone de résidence du patient, c'est la région qui détermine un accès plus ou moins aisé à des professionnels de secteur 1. Ainsi, en Île-de-France, le temps moyen d'accès à un praticien de secteur 1 augmente pour la plupart des spécialités (temps moyen multiplié par deux ou plus pour l'accès aux cardiologues, hépato-gastro-entérologues, gynécologues, et pneumologues). C'est également le cas en Rhône-Alpes, notamment pour l'accès aux oto-rhino-laryngologistes et aux urologues.

### Du côté de l'hôpital, un temps d'accès plus long, notamment en Corse et en Limousin

Comme pour les soins de ville, les régions concernées par les temps de tra-

jet les plus longs varient selon la spécialité hospitalière. Quelques régions apparaissent toutefois toujours concernées quelle que soit la discipline : Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Auvergne, Limousin et Corse. Dans le cas des maternités, si seulement 2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont à plus de 45 minutes par la route d'une maternité, quel que soit son niveau de technicité, cette proportion culmine à 31 % en Corse et reste élevée en Limousin (11 %), en Franche-Comté (8 %) et en Poitou-Charentes (7 %). Quant aux maternités de niveau 3 – celles qui accueillent les grossesses à plus haut risque –, si 94 % des Françaises peuvent y accéder en moins d'1 heure 30, ce n'est le cas que de 83 % des Auvergnates, 81 % des habitantes de Midi-Pyrénées, 73 % des Bourguignonnes, 65 % des Poitevines et d'aucune femme corse (cartes 2). Quant à la chirurgie orthopédique, qui répond à une demande forte, tant de soins urgents (traumatismes...) que de

soins programmés, la part de la population résidant à plus de 45 minutes d'un service de ce type est faible mais varie du simple au triple selon les régions : 2 % en moyenne mais 5 % en Auvergne et 7 % en Franche-Comté et Limousin. À l'autre extrémité, des disciplines hospitalières de très haute technicité, telles que la chirurgie thoracique, cardiaque ou de grands brûlés, sont en moyenne plus éloignées de la population (graphique 2). Cet éloignement doit toutefois être relativisé. En cas d'urgence, des transports sanitaires adaptés peuvent intervenir (hélicoptère, par exemple) et diriger le patient, non pas au plus proche mais là où sa prise en charge peut être immédiate.

### Depuis 1990, les distances d'accès ont évolué différemment selon les spécialités médicales

Pour les soins de ville, la distance moyenne d'accès<sup>1</sup> aux soins a continué à diminuer pour huit spécialités ou professions libérales, poursuivant ainsi la

1. Les distances pour l'année 1990 étaient calculées à vol d'oiseau uniquement. La comparaison 1990-2007 se fait par conséquent sur des distances à vol d'oiseau. Le champ d'analyse est celui des seules professions de santé libérales car les sources de données hospitalières sont trop différentes pour que les évolutions soient mesurables (pour plus de détails voir Coldefy *et al.*, 2011).

■ TABLEAU 1

**Évolution des distances moyennes d'accès en mètres à vol d'oiseau, entre 1990 et 2006, selon les professions de santé libérales**

	1990	2006	1990-2006	
	Distance moyenne d'accès en mètres		Évolution moyenne des distances en %	Probabilité que les distances soient égales entre 1990 et 2006 <sup>a</sup>
<b>Professions de santé libérales</b>				
Omnipraticiens	570	609	6,8	<0,001 ***
Infirmiers	740	745	0,7	<0,001 ***
Chiurgiens-dentistes	1 060	1 108	4,5	<0,001 ***
Masseurs-kinésithérapeutes	1 200	1 003	-16,4	<0,001 ***
Ophthalmologistes	4 770	4 867	2,0	<0,001 ***
Radiologues	5 000	4 978	-0,4	0,242
Médecins à mode d'exercice particulier	5 080	4 246	-16,4	<0,001 ***
Gynécologues-obstétriciens	5 320	5 527	3,9	<0,001 ***
Cardiologues	5 800	5 569	-4,0	<0,001 ***
Psychiatres et neuro-psychiatres	6 150	6 516	6,0	0,0042 **
Dermatologues	6 240	5 889	-5,6	<0,001 ***
Pédiatres	6 350	6 823	7,4	<0,001 ***
Oto-rhino-laryngologistes	6 550	6 857	4,7	<0,001 ***
Rhumatologues	7 420	7 294	-1,7	<0,001 ***
Gastro-entérologues	7 430	7 086	-4,6	<0,001 ***
Pneumologues	9 220	8 701	-5,6	<0,001 ***
Urologues	24 900	12 320	-50,5	<0,001 ***

<sup>a</sup> Selon un test de Student comparant les moyennes. \*\*\* : p<0,001, \*\* : 0,001<p<0,01, \* : 0,01<p<0,05

Champ • France métropolitaine.

Sources • Sniiram.

tendance à la diminution mise en évidence depuis 1982 (Tonnelier et Lucas, 1995). Mais elle augmente pour sept autres professions de santé et reste stable pour les infirmiers et les radiologues (tableau).

**Les médecins spécialistes les plus rares se sont rapprochés de la population**

La distance moyenne d'accès diminue nettement pour les urologues. Elle s'est réduite de moitié sur la période à la faveur de l'augmentation du nombre de ces praticiens, de 223 en 1982, puis 286 en 1990, à 682 en 2006, soit une multiplication par 2,4 entre 1990 et 2006. Les populations confrontées aux distances les plus élevées ont ainsi une distance bien moins grande à parcourir en 2006 : pour les urologues, le seuil du dernier décile était de plus de 60 kilomètres en 1990 et de 32 kilomètres en

2006. Les distances moyennes d'accès aux dermatologues, pneumologues, gastro-entérologues, cardiologues et rhumatologues diminuent également mais dans une moindre mesure.

**Les médecins généralistes ne se sont guère éloignés en moyenne**

La distance moyenne d'accès aux soins de premiers recours augmente pour les pédiatres (+7 %), les psychiatres (+6 %) et aussi pour les médecins généralistes (+7 %), même si l'écart reste faible en valeur absolue : pour ces derniers, la distance d'accès est faible (0,6 km) et augmente de moins d'une centaine de mètres en moyenne. Ces augmentations touchent entre 2 % (pour les généralistes) et 10 % (pour les pédiatres) de la population. La distance d'accès aux cabinets libéraux des oto-rhino-laryngologistes, chirur-

giens-dentistes et gynécologues-obstétriciens, médecins spécialistes de recours fréquent, augmente également de quelques points.

**Pour les radiologues et les infirmiers libéraux, une distance d'accès stable malgré une forte augmentation des effectifs**

Enfin, la distance d'accès aux radiologues (6 km en moyenne en 2006) et aux infirmiers (0,9 km en moyenne en 2006) est restée quasiment stable malgré une forte augmentation des effectifs sur la période (+43 % pour les infirmiers et +28 % pour les radiologues). Elle se conjugue toutefois avec une stabilité ou une faible augmentation du pourcentage de communes équipées. Cela signifie que ces praticiens continuent à s'installer dans les mêmes communes qu'en 1990, peut-être d'ailleurs en se regroupant.

Les communes pour lesquelles on observe une augmentation de la distance d'accès aux soins présentent un dynamisme démographique relativement faible : le taux de croissance de la population et le taux de natalité sur la période 1990-2006 sont inférieurs à la moyenne nationale. Selon le zonage en aires urbaines de l'Insee, ces communes sont plus souvent rurales et isolées. À l'inverse, une forte proportion des communes situées en couronne périurbaine en 2006 a bénéficié d'une

évolution favorable de la distance d'accès aux soins. Parmi celles-ci, environ 20 % étaient auparavant situées dans l'espace rural. L'offre de soins semble se reconfigurer au rythme de la structuration spatiale et de la dynamique populationnelle des territoires.

\*\*\*

Bien que l'accès spatial aux soins soit globalement satisfaisant, la question de l'organisation et de l'accès aux

soins pour les individus situés au-delà d'un temps d'accès raisonnable ou pour les populations peu mobiles demeure. La loi HPST met en avant l'accès aux services et à la mobilité pour tous et sur tout le territoire. Les solutions permettant d'atteindre cet objectif sont à construire dans un contexte caractérisé par deux grandes tendances évolutives du système de santé : le souhait de soutenir les regroupements de professionnels de santé et le souci d'assurer la sécurité et la qualité des soins qu'il faut

## ■ ENCADRÉ 2

### Sources

Les bases de données disponibles en France pour l'analyse des distances d'accès aux soins sont multiples et spécifiques au champ concerné, les soins de ville ou ambulatoires et les soins hospitaliers.

#### Les professions de santé libérales

Les données de démographie médicale sont extraites du Système national d'information interrégimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Sniiram) à la date du 31 décembre 2006. Elles permettent de dénombrer les professionnels de santé libéraux (y compris les praticiens hospitaliers à temps plein avec une activité libérale à l'hôpital) ayant eu une activité libérale dans l'année, aussi faible soit-elle, donnant lieu à perception d'honoraires.

Dans le Sniiram, les praticiens ne sont comptés qu'une seule fois, sur leur numéro statistique de professionnel, qui collecte toute l'activité du praticien (pour l'ensemble de ses cabinets) au lieu du cabinet principal. Les cabinets secondaires sont donc exclus de l'analyse, ce qui sous-estime légèrement nos résultats en termes d'implantation de l'offre de soins libérale. Les médecins remplaçants ne sont pas non plus identifiés dans le Sniiram, car leur activité est enregistrée sous le numéro statistique du professionnel remplacé.

Les professionnels médicaux libéraux ainsi repérés exercent majoritairement en ville, mais certains peuvent exercer en établissement de santé, qu'ils délivrent des soins de proximité ou qu'ils soient spécialistes.

#### Les spécialités hospitalières

Le répertoire FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) ne permet plus, comme auparavant, d'identifier les spécialités fines, puisqu'il ne distingue plus que des grands groupes de disciplines (tels que médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation...). Cette perte d'information détaillée fait suite à la mise en place de la loi du 31 juillet 1991 qui uniformise le régime des autorisations entre hôpitaux publics et privés. Parallèlement, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui recensent l'activité et l'équipement des établissements de santé, ne contiennent pas la notion de service d'hospitalisation.

Il a donc été nécessaire de procéder à un travail méthodologique consistant à repérer les activités liées à ces spécialités à partir des

différentes sources de données mobilisables et de leurs croisements. Les bases de données utilisées pour repérer les spécialités hospitalières sont la SAE, le PMSI et le répertoire FINESS de façon marginale. Le repérage des disciplines hospitalières dans les établissements de santé a été réalisé en retenant des seuils d'activité relativement bas, le but étant de repérer l'existence d'un service offert à la population (Coldefy *et al.*, 2011). On pourrait tout à fait envisager de retenir des seuils plus élevés, ce qui aurait alors pour conséquence de diminuer le nombre d'établissements sélectionnés et d'augmenter le temps d'accès. Soulignons que la littérature nous enseigne qu'il n'existe pas pour l'instant de seuil univoque en nombre de lits, d'actes ou de séjours, permettant d'assurer une qualité des soins donnée, et que le sens de la relation entre volume d'activité et qualité des soins fait toujours débat pour certains actes.

Les spécialités soumises à une autorisation interrégionale sont collectées auprès des services de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il s'agit de la chirurgie cardiaque, du traitement des grands brûlés et de la neurochirurgie. Certaines spécialités font également l'objet de questions spécifiques dans la SAE (niveaux de maternités par exemple).

#### Les équipements matériels lourds

Les sources de données sur les équipements matériels lourds (EML) sont la SAE et le Sniiram. Dans la SAE, les informations sur les équipements installés sont recueillies au niveau des établissements géographiques ayant une activité de court séjour en hospitalisation complète. Cependant, les EML sont souvent partagés entre plusieurs établissements, entités juridiques ou structures libérales, et les cabinets libéraux détenteurs d'EML d'imagerie sont exclus de la SAE car ils ne sont pas considérés comme des établissements de santé. C'est pour cette deuxième raison que la base de données a été complétée par les équipements recensés dans la base établissements référentiels de l'Assurance maladie qui comprend les informations issues des bases établissements des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT, ex-CRAM) portant sur les établissements relevant de la loi hospitalière (hôpitaux, cliniques...) et les établissements relevant de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales pour lesquels l'Assurance maladie intervient financièrement. N'ont été conservés que les équipements autorisés et ouverts en 2006. Dans la SAE sont recensés les équipements implantés dans l'établissement. Ont été exclus de l'analyse des distances les établissements ne disposant pas d'équipement dans leurs murs mais utilisant l'EML d'un autre établissement.

dra concilier avec la nécessité de leur accessibilité et de leur répartition équilibrée sur le territoire.

L'approche proposée dans cette étude est nationale. Les agences régionales de santé (ARS), créées en 2010 dans le cadre de la loi HPST, peuvent utiliser la même méthodologie de départ mais en adaptant les paramètres des temps d'accès selon leurs propres réseaux routiers ou les conditions de circulation locales. Les problèmes d'accessibilité géographique concernent pour l'instant des micro-zones du territoire. Ce sont donc des décisions locales qui doivent être prises pour régler ces difficultés. Notons cependant que les zones les plus éloignées sont souvent situées sur les frontières régionales ou départementales, ce qui plaide alors pour une approche interrégionale.

Si la question de l'accessibilité spatiale aux soins médicaux, traitée ici en termes de disponibilité (c'est-à-dire en termes de présence ou d'absence du service ou de l'offre de soins sur le territoire), est essentielle, il est nécessaire de poursuivre son analyse de différentes manières. Il est souhaitable d'enrichir le concept d'accessibilité spatiale en associant la distance à d'autres marqueurs d'offre comme celui de l'activité ou de la densité de professionnels de santé dans un même indicateur composite. Ces derniers permettent de tenir compte à la fois de l'éloignement et de

la quantité d'offre disponible. En outre, la variabilité géographique de la part des professionnels pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2) vient renforcer les difficultés d'accès à certaines spécialités et doit être prise en compte en plus de la densité médicale. On peut aussi y associer d'autres dimensions de l'offre de soins comme les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les horaires d'ouverture et la permanence des soins jouent également un rôle dans l'accessibilité. Or peu de données disponibles en permettent une analyse exhaustive et nationale. Dans un autre registre, il est aussi important de confronter cette accessibilité à la demande de soins, ce qui implique au préalable de définir les besoins de soins en prenant en compte les données locales.

Cette approche devra être complétée par l'analyse des distances réellement parcourues par la population car les patients ne se rendent pas toujours auprès des services les plus proches. Pour comprendre ces comportements, il est indispensable de mieux définir les différents lieux de vie de la population dans un contexte de mobilité croissante, mais aussi de mettre en évidence les possibilités de recours à un service moins onéreux (secteur 1 *versus* secteur 2) ou encore à un spécialiste ou à une discipline réputés. Ce contournement de l'offre de proximité immédiate

est-il subi ou choisi ? Répond-il aux besoins de soins locaux ? Accroît-il les inégalités d'accès ? D'autres dimensions de l'accessibilité comme celles liées au milieu social et culturel du patient peuvent en partie expliquer les distances d'accès réellement parcourues. Là encore, des facteurs explicatifs sont à chercher du côté de l'offre : les difficultés d'accès spatial aux soins peuvent en effet se conjuguer avec des difficultés d'accès temporel, liées à des ruptures dans la permanence des soins et à la formation de « files d'attente », ainsi qu'avec des difficultés financières en l'absence d'une offre de soins au tarif opposable. Ces contraintes temporelles ou financières peuvent dès lors amener certaines populations à recourir à un professionnel ou service de santé plus éloigné géographiquement de leur domicile. Autant de dimensions de l'accessibilité qu'il faut explorer afin d'identifier les obstacles et différencier la disponibilité, l'accès effectif et l'accès approprié aux services de santé. ■

#### Repères

*Cet Études et Résultats est issu d'un rapport sur les distances d'accès aux soins de ville et hospitaliers établi par l'Irdes pour le compte de la DREES (Coldefy et al., 2011). Cet article livre les principaux résultats descriptifs de ce rapport et est publié simultanément dans Questions d'économie de la santé, le périodique de l'Irdes.*

## ■ Pour en savoir plus

- Apariccio P., Abdelmajid M., Riva M., Shearmur R., 2008, Comparing Alternative Approaches to Measuring the Geographical Accessibility of Urban Health Services: Distances Types and Aggregation-Error Issues, *International Journal of Health Geographics* vol 7 issue 1.
- Barlet M., Fauvet L., Guillaumat-Tailliet F., Olier L., 2010, « Quelles perspectives pour la démographie médicale ? », *La France et ses régions* édition 2010, Insee.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., 2011, « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2007 », DREES, *Document de travail*, série Sources et méthodes, à paraître.
- Evain F., 2011, « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », DREES, *Études et Résultats* n° 754, février.
- Guerrero D., 2010, « L'accessibilité aux soins de proximité par bassin de vie », Commissariat général au développement durable. Disponible sur : [http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/uploads/media/IDDT\\_Accessibilitesoins.pdf](http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/uploads/media/IDDT_Accessibilitesoins.pdf)
- Hillal M., Barret C., 2009, « L'accessibilité aux services par bassin de vie », Commissariat général au développement durable. Disponible sur : [http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/uploads/media/IDDT\\_accessibiliteservices.pdf](http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/uploads/media/IDDT_accessibiliteservices.pdf)
- Tonnellier F., Lucas V., 1995, « Distance d'accès aux soins en 1990 », rapport de l'Irdes n° 1098, Credes.