

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>

Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins

Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre (Irdes)
Avec la collaboration de Magali Coldefy (Irdes)

En France, l'offre de soins médicaux se situe dans la moyenne de celle des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Les professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Les inégalités d'offre de soins de ville sont très marquées lorsqu'elles sont mesurées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui estime, au niveau communal, l'adéquation entre offre et demande de soins.

Menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie, cette étude met en évidence des différences de recours aux soins ambulatoires en termes de taux de recours, de recours au professionnel de santé le plus proche et de distances supplémentaires parcourues par les patients. L'analyse tient compte des caractéristiques individuelles des patients ainsi que de trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins.

Les résultats montrent qu'une offre de soins de proximité peu disponible conduit les patients à plus souvent se déplacer, c'est-à-dire à moins souvent recourir à l'offre de soins la plus proche. En revanche, ils sont moins enclins à parcourir des distances supplémentaires au-delà du professionnel de santé le plus proche lorsque ce dernier est éloigné du domicile, ce qui limite leur liberté de choix.

En France, la densité de médecins se situe dans la moyenne par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [3,3 médecins pour 1 000 habitants, généralistes et spécialistes confondus, contre 3,2] mais l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Les médecins sont en effet principalement

concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Il existe ainsi des déséquilibres entre régions et départements mais également au niveau infra-départemental, entre villes et campagnes et au sein des villes, entre quartiers favorisés et défavorisés.

La densité départementale d'offre de soins varie ainsi selon un rapport de 1 à

2 pour les médecins généralistes libéraux et de 1 à 7 pour les médecins spécialistes libéraux. Ces inégalités d'offre de soins sont encore plus flagrantes lorsqu'elles sont évaluées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui mesure l'adéquation entre l'offre et la demande de soins au niveau local en tenant compte de l'âge de la population pour approcher ses besoins de soins (Barlet *et al.*, 2012a ;

MÉTHODE

Les disparités de taux de recours aux soins ambulatoires et des distances parcourues par les patients recourant aux soins sont étudiées selon les 3 indicateurs permettant d'approcher l'accessibilité territoriale aux soins :

- **Le temps d'accès par la route en minutes** entre la commune de résidence du patient et la commune d'exercice du professionnel de santé le plus proche : cette distance reflète le temps minimal nécessaire pour recourir aux soins. Il est de 0 minute lorsque le professionnel de santé le plus proche exerce dans la commune de résidence du patient.
- **L'Accessibilité potentielle localisée (APL)** permet d'appréhender la disponibilité de l'offre au niveau communal. Elle se lit comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein, à la population (pour 100 000 habitants). Cet indicateur tient compte, côté offre, du niveau d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes et, côté demande, de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des professionnels (voir Barlet *et al.*, 2012a pour plus de détails).
Dans ce travail, l'APL est étudiée en 4 niveaux : le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ; le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ; le troisième concerne les communes à APL élevée (c'est-à-dire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure ou égale au double de cette moyenne) ; le quatrième concerne les communes où l'APL est la plus élevée (supérieure au double de la moyenne nationale).
- **Le Zonage en aires urbaines (ZAU)** défini par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) permet de décrire le territoire selon le degré d'influence des villes. Fondé sur les emplois et les déplacements domicile-travail, il partage le territoire en grands types d'espaces. Six types de communes se fondant sur les unités urbaines et le ZAU sont utilisés pour l'étude : grands pôles, communes urbaines des couronnes des grands pôles, communes rurales des couronnes des grands pôles, petits ou moyens pôles, couronnes des petits ou moyens pôles, communes isolées situées hors de l'influence des pôles.

Ces trois indicateurs appréhendent l'accessibilité territoriale aux soins de façon complémentaire. L'APL permet d'appréhender la disponibilité de l'offre. Le type de communes permet de tenir compte des spécificités de l'offre de soins propres aux différents espaces (comme l'éloignement de l'offre de soins en milieu rural). La distance au professionnel de santé le plus proche mesure la proximité à l'offre. La corrélation entre ces différents indicateurs varie entre 0,16 et 0,58. En effet, une commune peut être caractérisée, par exemple, par une offre existante mais saturée et située à proximité d'un grand pôle où l'offre de soins est abondante.

Une analyse toutes choses égales par ailleurs est réalisée afin d'étudier les effets propres de ces indicateurs et d'éliminer les biais potentiels de confusion liés aux caractéristiques individuelles de recours aux soins et de mobilité des individus (telles que l'âge, l'état de santé, etc.). Un modèle en trois étapes séquentielles a été élaboré : la première étape modélise la probabilité de recourir au moins une fois aux soins en 2010 ; la deuxième étape modélise, pour ceux qui ont recouru aux soins, la probabilité d'avoir consulté le professionnel de santé le plus proche, qu'il se situe ou non au sein de la commune de résidence du patient ; enfin, parmi ceux n'ayant pas recouru au plus proche, une troisième étape modélise les distances supplémentaires parcourues en sus des distances minimales nécessaires pour accéder à l'offre la plus proche. Ces trois étapes permettent de considérer chacune des dimensions du recours aux soins en tenant compte du nombre important de recours effectués au plus proche.

Trois modèles sont réalisés : le premier concerne la médecine générale, le deuxième la chirurgie dentaire et le troisième les soins de spécialistes pour lesquels le recours est considéré pour chaque spécialité selon son propre niveau d'APL et le temps d'accès au spécialiste adapté le plus proche.

Les variables explicatives individuelles introduites dans le modèle sont l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le revenu par unité de consommation, le statut par rapport à l'emploi, l'état de santé perçu, les limitations fonctionnelles et, pour la médecine générale, le fait de recourir à son médecin traitant ou non. Les variables reflétant les disparités territoriales d'offre de soins correspondent aux trois indicateurs définis précédemment.

Les résidus de ces étapes sont supposés suivre une loi normale et être indépendants entre eux. Pour chacune de ces étapes, des *clusters* « individus » autorisent une corrélation entre les résidus des contacts effectués par un même patient. Les deux premières étapes sont estimées par des modèles Probit, la troisième par un modèle linéaire.

Lucas-Gabrielli et Nestrigue, 2016). Par ailleurs, même si la quasi-totalité de la population réside à proximité d'un médecin généraliste, ce n'est pas le cas pour les spécialistes alors même que la proximité est un élément central du choix d'un médecin (Victoor *et al.*, 2012). En effet, si l'on considère par exemple les spécialistes d'accès direct (sans orientation requise par le médecin traitant), 23 % de la population résident à plus de 15 minutes en voiture d'un ophtalmologue et 27 % d'un gynécologue-obstétricien (Barlet *et al.*, 2012b). Or au regard des récentes projections démographiques (Barlet *et al.*, 2016), cette situation risque de persister, voire de s'aggraver, puisque les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer d'ici à 2021 alors que les besoins de soins de la population augmentent.

Cette inégale répartition des médecins peut nécessiter un effort de déplacement important pour les individus les plus éloignés de l'offre et les moins mobiles et représenter alors une barrière potentielle à l'accès aux soins. Ce phénomène a pour l'instant été peu étudié en France, notamment au niveau local de l'offre de soins, puisque les premiers travaux appréhendent l'accessibilité à travers la densité départementale et au niveau des zones d'emploi (Chaix *et al.*, 2005a ; 2005b). Une publication plus récente étudie la part des recours aux soins effectuée auprès des professionnels de santé les plus proches du domicile des patients selon le niveau de l'APL mais ne permet pas pour autant de considérer la population qui n'a pas recouru aux soins (Barlet *et al.*, 2012b).

Nous étudions ici le fait de recourir ou non aux soins ambulatoires par le biais des consultations (les visites à domicile, essentiellement réalisées par les médecins généralistes, ne sont pas considérées¹) ainsi que les distances parcourues par les patients. Trois indicateurs sont utilisés pour approcher l'accessibilité territoriale à l'offre de soins (encadré Méthode). Le premier, l'APL, permet d'appréhender la disponibilité de l'offre au niveau communal en confrontant l'offre existante de

¹ Les consultations représentent environ 90 % des contacts effectués auprès des généralistes et la quasi-totalité des contacts effectués auprès des spécialistes.

REPÈRES

Ce projet s'inscrit dans le cadre des travaux géographiques de recherche menés à l'Irdes sur l'accès potentiel et l'accès effectif aux soins. L'année étudiée (2010) se situe à une période charnière caractérisée par une augmentation des besoins de soins médicaux liés au vieillissement de la population et par une baisse des effectifs de praticiens importante sur certains territoires. Pour cette étude, l'Irdes a bénéficié d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

la commune et des communes environnantes aux besoins de soins de la population, mesurés par son nombre d'habitants et sa structure d'âge. Ainsi, une commune sans médecin généraliste peut avoir une APL élevée si les communes environnantes sont suffisamment équipées, alors qu'une commune où exerce un médecin généraliste peut avoir une APL basse si la présence de ce médecin est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Le second indicateur mesure la proximité à l'offre de soins à travers le temps d'accès au professionnel de santé de la spécialité consultée le plus proche. Le troisième concerne le zonage en aires urbaines (grands pôles, couronnes des grands pôles, communes iso-

lées, etc.). Il permet notamment d'appréhender les spécificités de l'offre de soins propres à ces différents types d'espaces, comme l'éloignement de l'offre de soins en milieu rural.

Cette étude est menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2010 appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie (encadré Source p. 6). Les disparités d'accès aux soins et de distances parcourues selon l'accessibilité territoriale à l'offre de soins sont d'abord analysées grâce à des statistiques descriptives. Puis une analyse toutes choses égales par ailleurs est réalisée (encadré Méthode) afin d'isoler les biais potentiels de confusion liés aux caractéristiques individuelles de la patientèle (telles que l'âge, l'état de santé, etc.) en termes de recours aux soins et de mobilité.

Le taux de recours en médecine générale est plus élevé dans les zones où l'APL est la plus forte

La probabilité de recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste est liée à la disponibilité de l'offre, mesurée par l'indicateur APL. En effet, si en moyenne 81 % des individus de l'échantillon ont consulté au moins une fois un médecin généraliste en 2010 (tableau 1), cette proportion s'établit à 83 % pour les

habitants des communes où l'APL est la plus élevée (niveau 4, APL supérieure au double de la moyenne nationale), contre 79 % pour ceux habitant une commune où l'APL est la plus basse (niveau 1, APL inférieure à la moitié de la moyenne nationale).

Cependant, l'analyse toutes choses égales par ailleurs présentée dans le tableau 2, qui mesure les effets propres de chaque indicateur d'accessibilité territoriale aux soins sur le taux de recours en contrôlant par les caractéristiques individuelles des patients, invite à nuancer ce constat. Elle révèle en effet qu'il y a peu d'écart de taux de recours entre les habitants des communes où l'offre de médecins généralistes est peu disponible (niveau 1 de l'APL) et les habitants des communes où la disponibilité de l'offre se situe à un niveau intermédiaire (niveaux 2 et 3 de l'APL). En revanche, la probabilité de recours apparaît significativement plus élevée dans les zones les mieux dotées, supérieure de 2,4 à 3,4 points par rapport aux autres zones.

Ainsi, une offre très disponible (APL supérieure au double de la moyenne nationale, soit 9 % de l'échantillon), conduit plus souvent à consulter au moins une fois dans l'année un médecin généraliste.

T1

Taux de recours aux soins (au moins une fois) en 2010 par spécialité selon les indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins et le type d'espace

	Médecine générale	Chirurgie dentaire	Cardiologie	Dermatologie	Ophthalmologie	Gynécologie-obstétrique	Oto-rhino-laryngologie	Psychiatrie
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence								
Commune équipée	80,5	39,8	9,3	12,2	27,1	16,4	8,3	3,1
Entre 1 et 15 min. de la commune	80,6	38,1	9,2	11,2	27,5	16,2	6,7	2,2
Entre 16 et 30 min. de la commune	/	30,9	8,8	8,4	24,4	14,0	5,9	2,1
Plus de 30 min. de la commune	/	/	8,8	7,3	22,4	10,1	4,7	0,4
Type d'espace								
Commune... de grand pôle	80,0	39,8	9,4	12,3	27,6	16,5	7,7	2,8
urbaine en couronne de grand pôle	80,5	42,2	9,4	10,3	26,9	16,2	6,1	2,4
rurale en couronne de grand pôle	81,1	38,5	8,3	9,1	26,4	14,6	5,8	2,0
de petit ou moyen pôle	81,9	38,3	8,5	8,3	24,7	15,7	7,5	1,8
en couronne de petit ou moyen pôle	82,3	38,4	9,0	7,3	22,0	12,5	4,7	1,5
isolée hors de l'influence d'un pôle	78,5	33,0	9,2	7,2	23,7	9,9	5,1	1,3
Accessibilité potentielle localisée (APL)								
Niveau 1 (le plus bas)	79,1	39,9	9,8	9,1	25,7	14,1	6,1	1,8
Niveau 2	80,6	36,6	7,6	7,6	24,7	13,3	5,9	2,0
Niveau 3	80,3	39,0	8,9	9,6	26,3	15,6	6,9	1,9
Niveau 4 (le plus élevé)	82,7	40,1	9,8	13,6	27,9	16,7	7,6	3,1
Total	80,5	39,3	9,1	10,6	26,4	15,4	6,8	2,4

Lecture : 79,1 % des personnes qui résident dans des communes où l'APL en médecine générale est très basse (niveau 1, inférieure à la moitié de la moyenne nationale) ont consulté au moins une fois un généraliste en 2010. Ce taux s'élève à 82,7 % pour les personnes qui résident dans des communes où l'APL en médecine générale est très élevée (niveau 4, supérieure au double de la moyenne nationale).

Source : ESPS 2010, Irdes – Sniiram, Cnamts.

 [Télécharger les données](#)

T2

Modélisation de la probabilité de recourir aux soins ambulatoires en 2010, du fait de recourir au professionnel de santé le plus proche, et des distances supplémentaires parcourues au-delà

	Le recours aux soins						Le fait de recourir au plus proche						Les distances supplémentaires parcourues au-delà du plus proche					
	Médecin généraliste		Chirurgien-dentiste		Médecin spécialiste		Médecin généraliste		Chirurgien-dentiste		Médecin spécialiste		Médecin généraliste		Chirurgien-dentiste		Médecin spécialiste	
	EM (pts)	Pr.	EM (pts)	Pr.	EM (pts)	Pr.	EM (pts)	Pr.	EM (pts)	Pr.	EM (pts)	Pr.	EM (min)	Pr.	EM (min)	Pr.	EM (min)	Pr.
Sexe - Réf. : Hommes																		
Femmes	4,5	***	6,0	***	4,9	***	-1,3	0,291	4,1	*	-0,4	0,864	-0,9	0,137	0,9	0,293	2,1	*
Age																		
Age	-0,351	***	1,028	***	0,200	***	-0,548	***	-0,086	0,698	0,216	0,256	0,192	***	0,190	*	0,059	0,488
Age ²	0,005	***	-0,012	***	-0,001	**	0,007	***	0,003	0,289	-0,002	0,290	-0,002	***	-0,003	*	0,000	0,687
État de santé perçu - Réf. : bon et très bon																		
Assez bon	5,2	***	0,0	0,997	1,9	***	-1,1	0,549	1,8	0,544	-0,1	0,972	0,4	0,586	-0,6	0,633	1,4	0,256
Mauvais et très mauvais	3,4	0,056	-1,8	0,447	3,4	***	-0,1	0,962	-3,0	0,549	2,0	0,642	2,1	*	-0,2	0,956	4,3	*
Non renseigné	-0,6	0,836	12,8	**	1,1	0,337	-0,3	0,960	-30,9	***	5,1	0,552	-0,2	0,925	-2,8	0,261	3,3	0,102
Limitations fonctionnelles - Réf. : Sans																		
Avec	6,2	***	1,6	0,317	0,9	*	-4,1	*	2,8	0,389	-2,6	0,330	0,7	0,350	2,5	0,106	0,8	0,485
Non renseigné	0,3	0,923	-12,7	**	-0,7	0,535	-0,4	0,939	29,5	**	-8,0	0,339	0,5	0,814	1,4	0,566	-1,3	0,464
Contact réalisé auprès du médecin traitant - Réf. : Non																		
Oui	/	/	/	/	/	/	16,1	***	/	/	/	/	-9,3	***	/	/	/	/
Catégorie socioprofessionnelle - Réf. : Ouvriers																		
Agriculteurs	-10,6	***	5,3	*	-0,1	0,842	-7,7	*	-10,3	0,069	6,6	0,124	-1,3	0,269	-1,1	0,575	-1,9	0,580
Artisans	-5,5	***	8,3	***	0,5	0,375	-11,1	***	-12,6	**	-7,8	0,113	0,3	0,712	1,1	0,428	-4,3	*
Cadres	-2,5	*	8,1	***	4,0	***	-5,1	*	-12,5	***	-10,9	***	3,7	***	4,5	**	-1,8	0,231
Professions intermédiaires	2,4	*	8,5	***	3,9	***	-7,8	***	-6,8	*	-8,2	**	1,0	0,167	2,2	0,065	-0,7	0,583
Employés	3,2	***	4,9	***	2,6	***	-2,4	0,176	-3,8	0,155	-4,1	0,107	1,7	*	1,1	0,326	-1,0	0,442
Non renseigné	-3,7	**	-3,7	*	0,4	0,477	-5,2	*	-0,4	0,920	-1,9	0,626	4,7	***	2,5	0,398	-0,5	0,796
Statut d'emploi - Réf. : Actifs occupés																		
Chômeurs / Inactifs	0,2	0,800	6,7	***	0,3	0,397	5,0	**	0,4	0,870	5,5	*	-2,0	**	1,5	0,182	-2,0	0,095
Revenu mensuel par unité de consommation - Réf. : ≤ 950€																		
Entre 951 € et 1 350 €	2,6	*	2,5	0,101	0,8	*	-7,7	***	-3,1	0,342	0,7	0,821	0,3	0,738	-2,4	0,111	-3,0	*
Entre 1 351 € et 1 850 €	2,5	*	4,3	**	1,8	***	-5,7	**	-7,4	*	-3,4	0,298	-0,6	0,454	-3,1	*	-2,2	0,169
> 1 850 €	2,6	*	6,2	***	2,1	***	-3,6	0,108	-4,6	0,190	-4,8	0,141	-0,4	0,639	-2,2	0,203	-1,4	0,408
Non renseigné	2,4	*	2,2	0,141	0,9	*	-3,3	0,100	-8,3	**	-1,4	0,630	-0,6	0,432	-2,1	0,130	-2,8	*
Complémentaire santé (CS) - Réf. : CS privée																		
CMU-C	5,7	***	-4,2	**	-0,6	0,125	3,6	0,062	5,9	0,079	1,6	0,647	-1,9	*	-3,4	*	-3,3	*
Sans CS	-16,7	***	-15,0	***	-4,7	***	4,6	0,275	3,8	0,505	-3,7	0,485	-0,1	0,929	3,2	0,315	3,2	0,371
Autre	2,4	0,425	4,6	0,336	-1,3	0,255	6,0	0,336	12,3	0,156	11,2	0,235	-3,4	*	-0,2	0,967	-1,7	0,689
Type d'espace - Réf. : Commune de grand pôle																		
Commune : en couronne de grand pôle	0,1	0,895	1,7	0,189	0,0	0,895	-14,8	***	-7,7	**	-9,6	***	-1,1	*	1,1	0,210	2,5	*
de petit ou moyen (p/m) pôle	-0,2	0,889	-1,0	0,556	-0,5	0,252	0,2	0,929	-0,4	0,916	-3,6	0,352	3,3	*	10,7	***	8,2	***
en couronne de p/m pôle	0,6	0,652	1,7	0,402	-1,1	*	-7,6	**	1,6	0,695	-0,9	0,809	-1,4	0,094	1,9	0,164	6,9	***
isolée	0,6	0,666	-4,2	*	-0,9	0,116	-4,0	0,129	-4,1	0,386	-4,5	0,323	2,3	*	6,3	**	8,8	**
Accessibilité potentielle localisée (APL) - Réf. : Niveau 4 (le plus élevé)																		
Niveau 3	-2,4	*	-0,9	0,397	-1,0	***	-13,5	***	-21,2	***	-4,9	*	-0,8	0,539	-2,6	**	6,6	***
Niveau 2	-2,9	*	-2,8	0,111	-1,5	***	-27,0	***	-30,0	***	-4,9	0,154	-1,6	0,203	-1,2	0,390	12,7	***
Niveau 1 (le plus bas)	-3,4	*	0,7	0,706	-0,3	0,467	-27,5	***	-30,4	***	-17,9	***	0,5	0,768	0,8	0,708	17,1	***
Professionnel de santé le plus proche - Réf. : Dans la commune de résidence																		
Entre 1 et 15 minutes	0,2	0,840	-3,1	*	0,1	0,778	-15,0	***	-2,2	0,482	-11,9	***	-4,8	***	-5,4	***	-8,9	***
Entre 16 et 30 minutes	/	/	/	/	-0,8	*	/	/	/	/	-4,7	0,138	/	/	/	/	-16,8	***
Supérieur à 30 minutes	/	/	/	/	-2,5	***	/	/	/	/	-8,4	0,154	/	/	/	/	-28,0	***
Dummies spécialistes - Réf. : Cardiologie																		
Dermatologie	/	/	/	/	2,2	***	/	/	/	/	-0,2	0,948	/	/	/	/	2,4	0,109
Gynécologie-obstétrique	/	/	/	/	5,5	***	/	/	/	/	-9,8	***	/	/	/	/	1,5	0,257
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	/	/	/	/	-1,6	***	/	/	/	/	1,6	0,584	/	/	/	/	3,4	*
Ophtalmologie	/	/	/	/	17,9	***	/	/	/	/	-8,4	***	/	/	/	/	2,9	**
Psychiatrie	/	/	/	/	-8,0	***	/	/	/	/	-13,4	**	/	/	/	/	3,9	*
Pr(Y=1/X=ind. moy.) / Constante	0,867		0,410		0,091		0,620		0,491		0,474		19,7		16,1		18,9	
Nombre d'observations	12 269		12 240		73 671		10 472		13 268		16 675		20 559		6 729		8 744	

EM (pts) : Effet marginal sur la probabilité de recours (au moins une fois dans l'année) et du fait de recourir au plus proche exprimé en points de pourcentage.
EM (min) : Effet marginal sur les distances supplémentaires parcourues exprimé en minutes.

Pr : Probabilité que l'effet marginal soit nul. *** : Pr < 0,0001 ; ** : 0,001 ≤ Pr < 0,01 ; * : 0,01 ≤ Pr < 0,05.

Lecture : Pour les modèles relatifs aux soins de spécialistes, le recours aux soins est considéré pour chaque spécialité selon son propre niveau d'accessibilité potentielle localisée (APL) et le temps d'accès au professionnel de santé adapté le plus proche.

Source : ESPS 2010, Irdes – Sniiram, Cnamts.

 Télécharger les données

L'éloignement de l'offre réduit la probabilité de recourir à un médecin spécialiste

La probabilité de recourir au moins une fois dans l'année aux soins de médecins spécialistes est plus fréquente lorsque les individus résident dans des communes où l'APL est la plus élevée (niveau 4) ainsi que pour ceux qui résident au sein d'un grand pôle (tableau 1). Par exemple, la proportion de personnes ayant consulté un dermatologue est de 14 % lorsque l'APL est la plus élevée (niveau 4), contre moins de 10 % lorsque l'APL est de niveau 3, 2 et 1. De même, 12 % des patients y ont recouru lorsqu'ils résident au sein d'un grand pôle, contre 7 % lorsqu'ils résident en dehors de l'influence d'un pôle. Il existe un gradient important de recours aux soins selon la distance d'accès au spécialiste le plus proche : 12 % des individus qui résident dans une commune où exerce au moins un dermatologue y ont recouru, contre 8 % de ceux habitant entre 16 et 30 minutes du dermatologue le plus proche et 7 % pour ceux situés à plus de 30 minutes. Parmi les spécialités étudiées, seule la cardiologie semble faire exception à ces constats.

L'analyse toutes choses égales par ailleurs confirme le rôle prépondérant joué par la distance d'accès au spécialiste le plus proche sur la probabilité de recourir aux

soins de spécialistes (-2,5 points lorsque le patient réside au-delà de 30 minutes du spécialiste le plus proche par rapport à celui disposant de l'offre dans sa commune, tableau 2). Comparativement aux communes où l'APL est de niveau 4, la probabilité de recourir aux soins de spécialistes des habitants des communes à APL de niveaux 3 et 2 est également significativement plus basse (respectivement -1 et -1,5 points). En revanche, le taux de recours n'est pas significativement différent pour les habitants des communes où l'APL est de niveau 1. Cela peut refléter des délais d'attente jugés trop longs par les patients qui cherchent une solution alternative en recourant, par exemple, à un spécialiste proche d'un autre lieu de vie.

Le recours aux chirurgiens-dentistes est déterminé par des caractéristiques socio-économiques plutôt que par l'offre

Le taux de recours au moins une fois dans l'année aux chirurgiens-dentistes, qui s'élève à 39 % en moyenne, est relativement stable quel que soit le niveau de l'APL de la commune et les différents types d'espaces. Seuls les habitants des communes isolées situées hors de l'influence des pôles y recourent moins fréquemment (33 % contre 40 % pour ceux qui résident au sein d'un grand pôle, tableau 1). Si ce moindre recours apparaît

confirmé par l'analyse multivariée, on observe surtout que, toutes choses égales par ailleurs, les variables d'offre semblent avoir peu d'influence sur le recours aux chirurgiens-dentistes en comparaison des variables socio-économiques qui apparaissent déterminantes (revenu, catégorie socio-professionnelle, couverture complémentaire...).

Un patient met en moyenne 8 minutes pour se rendre chez un médecin généraliste et près de 20 minutes chez un spécialiste

En moyenne, en cas de recours, les consultations auprès d'un médecin généraliste ont été réalisées à 8 minutes de trajet de la commune de résidence du patient (graphique 1). Les temps de parcours sont très variables : plus de la moitié (53 %) des consultations a été effectuée au sein de la commune de résidence du patient alors que 10 % l'ont été à plus de 20 minutes de distance et 5 % à plus de 28 minutes.

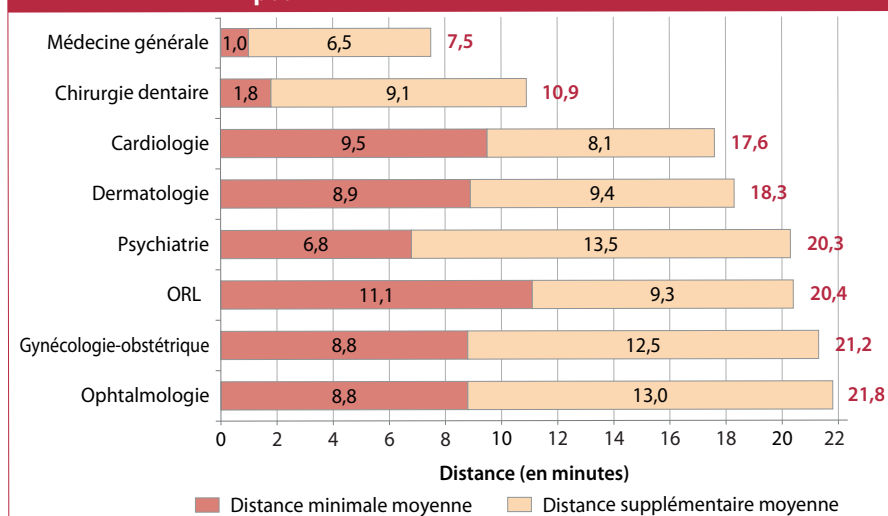
En ce qui concerne les consultations ou contacts auprès de spécialistes, le temps moyen de parcours s'échelonne entre 18 et 22 minutes selon la spécialité médicale. Seul près d'un quart des recours a été réalisé dans la commune de résidence du patient, tandis que les consultations effectuées dans une commune située à plus de 15 minutes concernent en général plus de la moitié des recours. Le temps de trajet pour recourir à un spécialiste s'élève même à plus de 40 minutes pour 10 % des recours effectués en dermatologie, seuil qui passe à 43 minutes pour la gynécologie-obstétrique, et au-delà pour l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie. En effet, alors que 84 % de la population française disposent d'un médecin généraliste dans leur commune de résidence, moins de 50 % y ont accès à un gynécologue-obstétricien, un ophtalmologue ou un psychiatre (Coldefy *et al.*, 2011).

Le temps de trajet varie fortement selon l'APL, la distance au professionnel le plus proche et le type d'espace

Les distances parcourues par les patients varient selon l'accessibilité territoriale aux soins. En médecine générale, les consultations des patients résidant

G1

Distances moyennes parcourues par les patients en 2010 pour recourir aux soins ambulatoires



Lecture : Une consultation en médecine générale a été réalisée, en moyenne, à 7,5 minutes de la commune de résidence du patient dont 1 minute correspond au temps minimal nécessaire pour recourir au généraliste le plus proche et 6,5 minutes à des distances effectuées au-delà du cabinet du généraliste le plus proche.

Source : ESPS 2010, Irdes – Sniiram, Cnamts.

[Télécharger les données](#)

E

Les faibles revenus, les bénéficiaires de la CMU-C, les chômeurs et les inactifs consultent davantage près de chez eux

Toutes choses égales par ailleurs, les chômeurs et les inactifs recourent plus souvent au généraliste et au spécialiste le plus proche que les actifs occupés (respectivement +5 points et +5,5 points, tableau 2). Lorsqu'ils consultent un généraliste autre que le plus proche, leurs distances supplémentaires sont plus faibles de 2 minutes en moyenne. Les cadres sont ceux dont le temps de trajet supplémentaire moyen pour recourir à un médecin généraliste ou à un chirurgien-dentiste est le plus élevé. Ils sont aussi ceux pour qui la probabilité de recourir au spécialiste le plus proche est la plus faible (-10,9 points par rapport aux ouvriers).

Le revenu n'impacte pas de façon très claire la mobilité des individus, à l'exception du fait de recourir au généraliste le plus proche : ceux dont

le revenu est situé entre 951 € et 1 850 € par unité de consommation, correspondant aux tranches de revenu intermédiaires, recourent moins souvent au plus proche que ceux dont le revenu par unité de consommation est inférieur. Ce résultat doit être mis en regard du fait que les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) parcourent moins de distances supplémentaires que les autres pour recourir à un généraliste (-1,9 minutes en moyenne), à un chirurgien-dentiste (-3,4 minutes) et à un spécialiste (-3,3 minutes). Cela pourrait indiquer que, bénéficiant de tarifs opposables lorsqu'ils consultent un médecin quel que soit le secteur auquel celui-ci est affilié, les bénéficiaires de la CMU-C ont moins besoin de se déplacer.

SOURCE
L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée avec les données de consommations de soins

Cette étude exploite l'enquête ESPS de 2010 appariée avec les données administratives du Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) concernant les consommations des soins ambulatoires et se focalise sur les spécialités suivantes : la médecine générale, la chirurgie dentaire, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la cardiologie et la dermatologie. Ces données permettent d'identifier les individus qui n'ont pas recouru aux soins, de récupérer les communes où ont été réalisées les consultations de ceux qui y ont recouru et de mobiliser, pour l'analyse toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, l'âge, le revenu, etc. L'ensemble des individus interrogés est considéré comme représentatif de la population vivant en ménage ordinaire. Le champ géographique de l'enquête est celui de la France métropolitaine. Seuls les recours ayant donné lieu à un déplacement du patient vers le professionnel de santé sont étudiés : les visites à domicile sont exclues de l'analyse.

Localisation des patients et des professionnels de santé

Les patients sont localisés au niveau de leur commune de résidence (soit le niveau géographique le plus fin disponible) et les offreurs de soins au niveau de leur commune d'exercice ou, pour Paris, Lyon et Marseille, au niveau des arrondissements. Pour les patients, la commune de résidence est issue soit du Sniiram (pour les consultations effectuées en cabinet de ville et en clinique privée), soit de l'information transmise par les caisses primaires d'assurance maladie lors du tirage de l'échantillon de l'enquête

ESPS au 1^{er} janvier 2010 (pour les consultations externes des hôpitaux publics et les individus qui n'ont pas consommé de soins). Pour les professionnels de santé, la commune d'exercice a été fournie par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

Calcul des distances

La distance entre la commune de résidence du patient et la commune de réalisation du soin est la moyenne des temps de parcours par la route en voiture en heures creuses et en heures pleines (Odomatrix, Inra). Lorsque le patient a recouru au sein de sa commune de résidence, le temps de parcours observé est donc nul. Il n'a pas été possible à ce jour de tenir compte de l'ensemble des lieux de vie des individus, notamment du lieu de travail ou des lieux de résidence secondaire.

Échantillon

L'échantillon se compose de 12 295 individus, recourant aux soins ou non, représentatifs de la population française vivant en ménage ordinaire. Plus de 80 % des individus de l'échantillon ont recouru au moins une fois à un médecin généraliste, 9 % en cardiologie, 10 % en dermatologie, 7 % en ORL, 26 % en ophtalmologie, 34 % en chirurgie dentaire et 2 % en psychiatrie.

Plus de 50 % des individus de l'échantillon vivent au sein d'un grand pôle, 28 % dans la couronne d'un grand pôle, 15 % dans un petit ou moyen pôle ou dans sa couronne, et 6 % dans une commune isolée située hors de l'influence des pôles. Huit individus sur dix (81 %) résident dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste (tableau ci-dessous) et un sur dix (9 %) dans une commune où l'APL en médecine générale est la plus basse, inférieure à la moitié de la moyenne nationale.

Description de l'échantillon selon l'éloignement à l'offre de soins ambulatoires la plus proche et selon l'Accessibilité potentielle localisée (APL)

	Médecine générale		Chirurgie dentaire		Oto-rhino-laryngologie (ORL)		Cardiologie		Dermatologie		Ophtalmologie		Gynécologie-obstétrique		Psychiatrie		
	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	Effectif	% pond.	
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence																	
Commune équipée	10 004	80,6	8 970	72,1	4 405	34,6	4 976	39,0	4 935	38,8	5 361	42,4	5 091	40,1	4 724	37,2	
En dehors de la commune	1 à 15 min	2 261	19,3	3 191	27,2	2 887	23,7	3 458	28,4	3 366	27,7	3 675	30,7	3 440	28,5	3 294	27,0
	16 à 30 min	4	0,1	79	0,6	3 746	31,5	3 205	27,3	3 226	27,3	2 810	23,5	3 127	26,4	3 334	28,0
	> 30 min	0	0,0	3	0,0	1 244	10,2	6 41	5,2	750	6,2	411	3,4	628	5,1	937	7,8
Accessibilité potentielle localisée (APL)																	
Niveau 1 (le plus bas)	889	7,2	1 370	11,2	1 842	14,7	1 499	12,2	1 459	11,8	1 167	9,5	1 438	11,8	2 060	16,8	
Niveau 2	2 203	18,6	1 521	12,9	2 350	20,0	2 088	18,0	2 175	18,6	2 260	18,7	2 172	18,2	2 240	18,1	
Niveau 3	8 062	65,7	4 143	33,7	4 386	35,1	4 391	35,6	4 358	34,7	5 252	42,5	4 494	36,3	3 390	27,2	
Niveau 4 (le plus élevé)	1 115	8,6	5 209	42,2	3 704	30,2	4 302	34,2	4 285	34,9	3 578	29,3	4 182	33,7	4 599	37,9	
Total	12 269	100	12 243	100	12 282	100	12 280	100	12 277	100	12 257	100	12 286	100	12 289	100	

Source : ESPS 2010.

dans une commune où l'APL est la plus basse (niveau 1) ont été réalisées avec 13 minutes de trajet supplémentaires en moyenne par rapport à celles des patients résidant dans des communes où l'APL est la plus élevée (niveau 4) [17 minutes contre 4 minutes, graphique 2]. Les habitants des communes rurales en couronne d'un grand pôle ont également parcouru en moyenne 6 minutes de plus pour consulter un médecin généraliste et ceux des communes où n'exerce pas de généraliste ont parcouru 7 minutes de plus.

Les écarts sont encore plus importants pour les recours aux soins de spécialistes. Les différences de temps parcourus entre les patients des communes où l'APL est la plus élevée et ceux des communes où l'APL est la plus basse s'élèvent à plus de 25 minutes. En ophtalmologie, ORL, gynécologie-obstétrique et dermatologie, les consultations des patients qui résident à plus de 30 minutes du spécialiste le plus proche ont été effectuées avec des temps de trajet jusqu'à cinq fois supérieurs en moyenne à ceux des patients qui résident au sein d'une commune équipée.

Des distances importantes effectuées au-delà du praticien le plus proche, même pour la médecine générale

Si l'on décompose les distances parcourues en deux indicateurs que sont les

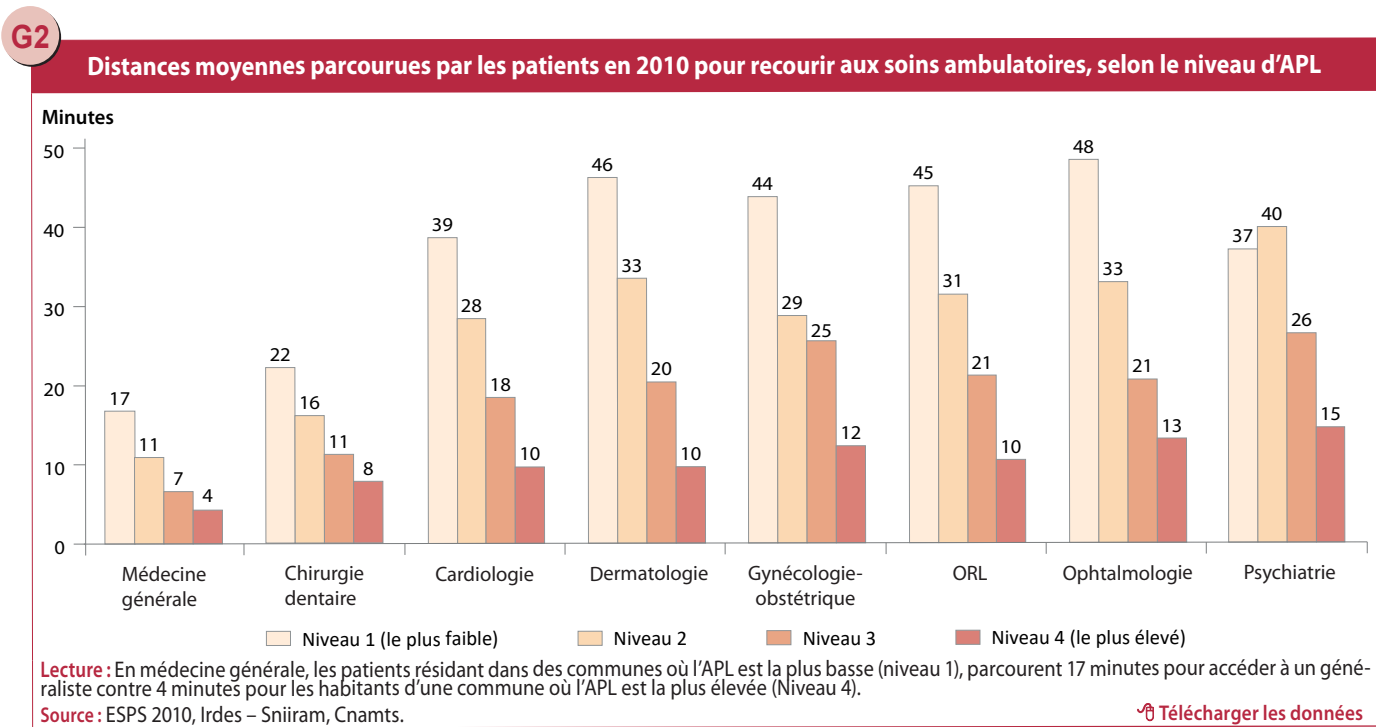
distances minimales à parcourir pour accéder au médecin le plus proche et les distances supplémentaires parcourues au-delà du plus proche, on constate que les distances supplémentaires moyennes sont relativement importantes (graphique 1). En médecine générale par exemple, en moyenne, le temps minimal pour accéder au généraliste le plus proche est de 1 minute et le temps réalisé au-delà de celui-ci est de 6,5 minutes. Pour les soins de spécialistes, les distances supplémentaires parcourues s'échelonnent de 8 minutes en cardiologie à 13,5 minutes en psychiatrie (pour une distance minimale respective de 9,5 et 6,8 minutes).

Le fait de parcourir des distances supplémentaires peut refléter des contraintes d'accès à l'offre de soins la plus proche (comme un manque de disponibilité de l'offre, l'existence d'une offre avec des dépassements d'honoraires trop élevés, etc.) mais aussi une volonté de recourir à un professionnel de santé qui correspond à des attentes spécifiques des patients (en termes de qualités professionnelles, etc.). Le fait de parcourir ces distances supplémentaires dépend aussi des caractéristiques individuelles des patients (âge, état de santé, situation sur le marché de l'emploi, etc. – Encadré p. 6) mais aussi du temps minimal qu'ils ont déjà été contraints d'effectuer pour recourir à l'offre de soins la plus proche. Afin d'iso-

ler chacun de ces effets propres, nous modélisons successivement, pour ceux qui ont recouru aux soins, le fait d'avoir recouru ou non au professionnel de santé le plus proche et les distances supplémentaires parcourues par ceux qui ne sont pas allés au plus proche en introduisant simultanément les caractéristiques individuelles des patients et les indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins (encadré Méthode).

Une offre de proximité peu disponible conduit les patients à se déplacer...

La probabilité de recourir au généraliste ou au chirurgien-dentiste le plus proche est d'autant plus faible que l'indicateur APL est bas. Pour les spécialistes, cet effet est surtout marqué pour les patients qui résident dans les communes où l'APL est la plus basse (niveau 1). Par ailleurs, toujours pour les spécialistes, les distances supplémentaires parcourues par les patients qui ne vont pas au plus proche sont significativement plus élevées dès lors que le niveau de l'APL est inférieur au niveau 4 (+6,6 minutes lorsque l'APL est de niveau 3 et +17 minutes lorsqu'elle est de niveau 1, tableau 2). Ce résultat confirme que lorsque l'offre de proximité est insuffisante pour répondre à la demande, les patients choisissent de recourir aux soins ailleurs, limitant ainsi les phénomènes de liste d'attente.



... mais ils sont d'autant moins enclins à parcourir des distances supplémentaires que le temps d'accès au médecin le plus proche est élevé

Indépendamment des caractéristiques individuelles des patients et des autres indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins, plus le professionnel de santé le plus proche est éloigné, moins longues sont les distances supplémentaires parcourues par les patients au-delà de cette offre. Ainsi, les individus qui résident dans une commune où le spécialiste le plus proche se situe déjà à plus de 30 minutes de leur commune de résidence parcourent en moyenne des distances supplémentaires plus faibles que celles des patients qui disposent du spécialiste sur place (-28 minutes, tableau 2). Cela suggère l'existence d'un seuil de distance totale parcourue au-delà duquel les déplacements sont plus rares, restreignant le choix du professionnel de santé.

Le type de territoire a également un effet propre sur la propension à se déplacer des individus : le fait de ne pas résider au sein d'un grand pôle diminue la probabilité de recourir au généraliste, au dentiste ou au spécialiste le plus proche (-14,8 points par exemple au sein des communes situées en couronne d'un grand pôle pour le généraliste) ou augmente les distances supplé-

mentaires parcourues (+8,8 minutes, par exemple, au sein des communes isolées, hors de l'influence d'un pôle pour le spécialiste). Cela pourrait traduire des phénomènes de recours aux soins à proximité de lieux de vie autres que le domicile.

* * *

Cette étude, réalisée à partir d'ESPS 2010, analyse la variabilité du recours aux soins ambulatoires de médecins et de chirurgiens-dentistes. Elle mesure les distances parcourues en cas de contact avec ces praticiens en tenant compte des caractéristiques des patients et de trois indicateurs reflétant l'accessibilité territoriale aux soins.

Les efforts de déplacement requis pour les patients qui résident dans les territoires où l'offre de soins est peu présente et éloignée de leur domicile influencent leurs recours aux soins. En effet, toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux patients des zones les mieux dotées, ils ont une plus faible probabilité de recourir à un généraliste dans l'année. Une offre de soins éloignée a un effet dissuasif sur le fait de consulter un spécialiste, surtout au-delà de 30 minutes de trajet. De plus, en cas de recours à un généraliste, un spécialiste ou un chirurgien-dentiste, l'éloignement à l'offre de soins la plus proche

restreint les distances supplémentaires que les patients sont prêts à parcourir, limitant ainsi leur liberté de choix. Enfin, le type de territoire appréhendé par le zonage en aires urbaines a un effet propre sur certaines dimensions du recours aux soins. C'est le cas notamment des distances supplémentaires, en moyenne plus élevées pour les patients ne résidant pas au sein d'un grand pôle.

Ce travail met en évidence des inégalités de recours aux soins liées aux disparités territoriales d'implantation des médecins. Il montre notamment que certains individus sont plus fortement contraints dans leurs déplacements questionnant l'existence d'interactions potentielles avec des inégalités sociales de santé. Il conduit par ailleurs à s'interroger sur d'autres dimensions de l'offre de soins et de la mobilité des individus qui ne sont pas prises en considération dans cette étude, tels que les dépassements d'honoraires, les délais d'attente, le lieu de travail, etc. Il conviendrait également d'analyser la fréquence du recours aux soins au-delà du simple fait d'avoir recouru au moins une fois dans l'année. Les questions introduites dans ESPS 2012, notamment sur les critères de choix des patients, permettront d'enrichir l'analyse. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012a). « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », Irdes, *Document de travail* n° 51.
- Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D. (2012b). « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », Drees, *Etudes et résultats* n° 817, 10/2012.
- Barlet M., Marbot C. (Dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé* - édition 2016, Collection Panoramas de la Drees - Santé, avril, 160 p.
- Chaix B., Merlo J., Chauvin P. (2005a). "Comparison of a Spatial Approach with the Multilevel Approach for Investigating Place Effects on Health: The Example of Healthcare Utilization in France", *Journal of Epidemiology and Community Health*; Vol. 59.
- Chaix B., Veugelers Paul J., Boëlle P-Y., Chauvin P. (2005b). "Access to General Practitioner: The Disabled Elderly Lag behind in Underserved Areas", *European Journal of Public Health*, Vol. 15 n° 3.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011). « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », Rapport Irdes n° 550 + annexes n° 551 (biblios n° 1838 et n° 1839).
- Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M. (2016). « Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) », Irdes, *Document de travail* n° 70.
- Lucas-Gabrielli V, Pierre A., Coldefy M., Com-Ruelle L. (2016). « Pratiques spatiales d'accès aux soins », Rapport Irdes à paraître.
- Victor A., Delnoij D. MJ, Friele R., Rademakers J. (2012). "Determinants of Patient Choice of Healthcare Providers: A Scoping Review", *BMC Health Services Research* 12:272.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteurs : Guillaume Chevillard, Anne Penneau • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • Dépôt légal : octobre 2016 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769.