

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Véronique Lucas-Gabrielli
Aurélie Pierre
Laure Com-Ruelle
Magali Coldefy

Remerciements

Cette étude a bénéficié d'un financement de la Direction des études, de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction de l'administration des ministères sociaux.

Nous remercions Nelly Le Guen pour sa contribution à l'analyse des données de consommation de l'Assurance maladie obligatoire.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Véronique Lucas-Gabrielli
Aurélie Pierre
Laure Com-Ruelle
Magali Coldefy

ISBN : 978-2-87812-421-7

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

1. Objectifs	5
2. L'accès aux soins : un concept multidimensionnel	7
2.1. Concepts théoriques	7
2.1.1. Revue de littérature	8
2.1.2. Le service le plus proche est souvent contourné.....	8
2.1.3. Mobilité des patients en matière de recours aux soins et critères de choix de l'offreur de soins	9
2.1.4. La mobilité comme élément explicatif de l'accès spatial	10
3. Données	11
3.1. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée avec les données médico-administratives de soins.....	11
3.2. Caractéristiques individuelles et indicateurs d'accessibilité territoriale à l'offre de soins	12
3.3. Représentativité géographique	14
4. Calcul des distances et niveau géographique d'analyse.....	15
5. Les distances d'accès aux soins ambulatoires.....	17
5.1. Champ de l'étude	17
5.2. Filtres réalisés sur les recours	17
5.2.1. Contacts supprimés	17
5.2.2. Spécialités étudiées.....	19
5.2.3. Suppression des distances « extrêmes »	19
5.3. Échantillon final	20
5.4. Stratégie d'analyse.....	24
5.5. Résultats descriptifs : la mobilité des patients en matière de recours aux soins ambulatoires	25
5.5.1. Le fait de recourir aux soins	25
5.5.2. Les distances parcourues en cas de recours.....	30
<i>Les distances totales parcourues</i>	<i>30</i>
<i>Le recours au professionnel de santé le plus proche et les distances supplémentaires.....</i>	<i>31</i>
5.5.3. Les distances parcourues en fonction de l'accessibilité territoriale à l'offre de soins...	33
<i>Selon la distance au professionnel de santé le plus proche</i>	<i>33</i>
<i>Selon l'APL</i>	<i>35</i>
<i>Selon la caractérisation du type d'espace</i>	<i>35</i>

5.5.4. Analyse des distances parcourues selon les caractéristiques individuelles des patients	38
<i>Selon le sexe et l'âge</i>	38
<i>Selon la catégorie socioprofessionnelle et le statut d'occupation</i>	38
5.6. Modélisation économétrique des déplacements effectués par les patients pour recourir aux soins ambulatoires	47
5.6.1. Méthode	47
<i>Variables d'intérêt</i>	47
<i>Estimation empirique</i>	48
<i>Variables explicatives (X_i et X_j)</i>	49
<i>Hypothèses</i>	50
<i>Méthode d'estimation</i>	50
5.6.2. Résultats.....	50
<i>La probabilité de recourir aux soins</i>	50
<i>Le fait de recourir au professionnel de santé le plus proche</i>	51
<i>Les distances supplémentaires moyennes parcourues</i>	53
<i>Les distances supplémentaires parcourues, régressions quantiles</i>	55
5.6.3. Discussion	56
6. Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour.....	59
6.1. Les données initiales et leur traitement	59
6.1.1. Structure des séjours hospitaliers de l'échantillon initial d'ESPS 2010.....	59
6.1.2. Identification et localisation des services hospitaliers.....	60
<i>Comment géolocaliser les spécialités hospitalières sur le territoire ?</i>	60
<i>Identifier la spécialité du service dans lequel le patient a été traité</i>	61
<i>Géolocalisation des services fréquentés</i>	61
6.2. Description de l'échantillon final	65
6.2.1. Caractéristiques générales des séjours.....	65
6.2.2. Les séjours selon les caractéristiques des patients	67
6.3. Analyse de la mobilité des patients en matière de recours aux soins hospitaliers	69
6.3.1. Les distances parcourues par les patients.....	69
6.3.2. Les distances parcourues selon le niveau de sévérité de la prise en charge.....	72
6.3.3. Les distances parcourues en fonction du statut et de la taille de l'établissement	73
6.3.4. Les distances parcourues en fonction des caractéristiques de contexte du lieu de résidence du patient.....	74
6.3.5. Analyse des distances parcourues selon quelques caractéristiques individuelles des patients	77
6.4. Modélisation économétrique des déplacements effectués par les patients en cas d'hospitalisation	77
6.4.1. Estimation empirique.....	78
<i>Variables explicatives (X_i et X_j)</i>	78
<i>Hypothèses et méthode d'estimation</i>	79
6.4.2. Résultat du modèle	79
6.5. Discussion	81
Conclusion	83
Annexe	87
Bibliographie	91

1. Objectifs

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins médicaux sur leur territoire (OMS, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011). Il s'agit tout autant d'assurer un niveau d'offre adéquat, entre professions médicales et non médicales, entre médecins généralistes et spécialistes, entre médecine de ville et services hospitaliers, qu'une répartition satisfaisante sur le territoire afin de garantir, en fonction des besoins et de la nature du soin considéré, une distance et un temps d'accès raisonnables.

Le système de soins français est caractérisé par une densité de médecins qui se situe dans la moyenne par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Néanmoins, leurs effectifs devraient diminuer jusqu'en 2021, de façon plus marquée pour les généralistes que pour les spécialistes, puis augmenter dans les années suivantes (selon le scénario tendanciel de projection démographique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Barlet *et al.*, 2016). Cette diminution se produit alors même que la population fait face à un vieillissement et à une demande croissante de soins de santé conduisant à une baisse prévisible de la densité médicale de l'ordre de 10 % d'ici 2022. Par ailleurs, il existe de fortes disparités d'offre entre les régions (Nord-Sud notamment) mais également au niveau infra-départemental entre villes et campagnes et, au sein des villes, entre quartiers favorisés et défavorisés (Vigneron, 2011).

L'accessibilité spatiale aux soins mesurée par la distance à l'offre de soins la plus proche (Coldefy, Lucas-Gabrielli *et al.*, 2011) met en évidence que l'accès est globalement satisfaisant dans notre pays mais que des inégalités persistent tant pour les spécialités les plus courantes que pour les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et celui de la plupart des soins spécialisés. Ces inégalités d'accès sont également mises en avant par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) développé par la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et appliqué notamment aux médecins généralistes libéraux (Barlet *et al.*, 2012a, 2012b). Cet indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, tient compte de l'offre de soins et de la demande de la commune considérée, mais également de celles des communes environnantes. Il montre que les habitants des moyens et petits pôles urbains ont une meilleure accessibilité aux médecins généralistes libéraux que ceux des grands pôles urbains. Au sein des communes rurales, l'APL fait également état d'une accessibilité plus élevée pour les habitants des communes rurales isolées que pour ceux des communes rurales situées en périphérie des pôles urbains (Lucas-Gabrielli et Nestrigue, 2016).

Au-delà de l'accessibilité aux soins médicaux les plus proches appréhendant la disponibilité de l'offre, on peut mesurer l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. La question de l'accès effectif traitée ici, et donc du choix de l'offre par les patients, vise à enrichir les travaux déjà réalisés sur l'accessibilité aux soins en France, pays où la liberté de choix reste importante par rapport aux autres pays occidentaux. Les pratiques spatiales des individus tendent-elles à augmenter ou à diminuer les disparités d'accessibilité mises en évidence par l'accès potentiel aux soins ? Notre approche se fonde non plus sur l'étude de la desserte des territoires par l'offre de soins mais sur les préférences des patients et leur plus ou moins grande capacité à mobiliser les ressources à leur disposition. Ceci nécessite

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Objectifs

Irdes octobre 2016

de se pencher sur l'ensemble des facteurs individuels intervenant dans l'accès effectif aux soins relativement à l'offre disponible, mais également sur certaines difficultés d'accès liées à l'offre elle-même.

Cette question a pour l'instant été peu explorée dans les études sur l'accessibilité géographique et l'accès aux soins en France. Généralement, l'analyse des déplacements de population est réalisée en termes de flux de population. Les récents résultats de la Drees (Collin *et al.*, 2012 ; Barlet *et al.*, 2012c) montrent ainsi que les patients ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche, et les données individuelles présentes dans les bases administratives montrent que ce sont les personnes âgées qui ont la plus forte propension à se rendre chez le professionnel de santé ou dans l'établissement de santé le plus proche de leur domicile.

Pour prolonger les précédents travaux, nous proposons d'utiliser l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée avec les données de remboursement de l'Assurance maladie et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO : PMSI relatif à la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) pour avancer dans la compréhension des circonstances qui conduisent le patient à consulter un médecin ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche, faisant prévaloir un autre choix que celui de la commodité géographique.

Le premier objectif de ce travail est ainsi de comparer la « distance d'implantation » (distance au professionnel ou au service de santé le plus proche) à la distance réellement parcourue par la population afin d'identifier les différentes pratiques spatiales de recours à divers types de soins médicaux. En d'autres termes, les patients fréquentent-ils l'établissement ou le professionnel le plus proche de leur domicile ou préfèrent-ils aller plus loin ? Quelle est la part des patients qui ne recourent pas au service le plus proche ? Dans quelle proportion la distance est-elle allongée ? Peut-on identifier certains types de contournement de l'offre la plus proche ? Les analyses réalisées pour atteindre cet objectif sont menées au regard notamment des résultats publiés par la Drees (Barlet *et al.*, 2012b) sur des données de consommation exhaustives portant sur les distances parcourues pour des soins de premiers recours.

Le second objectif consiste à examiner les facteurs explicatifs de la variabilité des pratiques spatiales de recours aux soins médicaux. Nous explorons simultanément les dimensions individuelles (état de santé, besoins de soins identifiables, caractéristiques socio-économiques des individus enquêtés) et les caractéristiques contextuelles liées à l'offre de soins et au type d'espace dans lequel réside la population. En effet, les préférences des patients peuvent être guidées par un certain choix de leur part mais également contraintes par les caractéristiques de l'offre locale. Dans un premier temps, nous utilisons les données disponibles dans ESPS 2010 appariées aux données de consommation médicale de l'Assurance maladie et du PMSI-MCO. Dans un second temps, nous utiliserons les réponses aux questions introduites dans ESPS 2012 issues d'une revue de la littérature abordant les dimensions de l'accès spatial aux soins médicaux et permettant d'améliorer le modèle explicatif. Nous pouvons déjà citer certaines d'entre elles : le lieu de travail de l'enquêté, le mode de transport utilisé pour aller se faire soigner, le fait d'avoir une recommandation (de la part d'un médecin ou de l'entourage) ou bien encore certaines caractéristiques de l'offre de soins (la réputation du professionnel, la localisation auprès d'autres services).

Ce document présente les résultats de la première partie de la recherche à partir des données disponibles dans ESPS 2010 sur les recours au système de soins médicaux réalisés en médecine de ville ainsi qu'à l'hôpital.

2. L'accès aux soins : un concept multidimensionnel

2.1. Concepts théoriques

Les principales conceptualisations de l'accès aux soins médicaux sont celles de Penchansky et Thomas (1981) et celles de Guagliardo (2004). L'accès aux soins recouvre deux aspects : l'accès réel, c'est-à-dire l'accès effectif aux soins, observable à partir des données d'utilisation des services de santé ou des données d'enquêtes, et l'accessibilité potentielle, fondée sur la localisation de la population par rapport à celle de l'offre de soins.

Guagliardo (2004) propose de penser l'accès en termes d'étapes et de dimensions. Les deux grandes étapes sont ainsi l'accessibilité « potentielle » à l'offre de soins, suivie de la délivrance « réalisée » de soins, soit l'accès « réel, effectif ». Pour l'auteur, l'accessibilité potentielle existe quand une population en besoin coexiste dans un espace et un temps avec un système de soins disponible. L'accès réel ou effectif suit lorsque toutes les barrières de l'offre sont dépassées. Ces barrières peuvent renvoyer à des dimensions spatiales ou « a-spatiales » (c'est-à-dire financières, organisationnelles...) de l'accès aux soins. Elles sont décrites ci-après.

Selon les définitions taxinomiques de l'accès, la disponibilité de l'offre et l'accessibilité physique à cette offre constituent les dimensions spatiales de l'accès aux soins. La disponibilité renvoie à la quantité et à la localisation des points d'offre par rapport à la demande. L'accessibilité physique est la capacité de déplacement entre la localisation du patient et des points d'offre. Ainsi, l'accessibilité physique considère à la fois la mobilité des patients et les ressources en transport mobilisables, le trajet à parcourir en temps, en distance et en coût.

Parmi les dimensions a-spatiales, certaines reflètent les facteurs culturels et l'agencement financier du système de soins. Parmi elles, on distingue la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité. La commodité est la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient (horaires d'ouverture, accueil sans rendez-vous, délai d'attente, etc.) et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre (Raynaud, 2010). La capacité financière est la relation entre le prix des prestations et ce que le patient est prêt à payer pour ces prestations (*op. cit.*). Vont entrer en compte les couvertures assurantielles obligatoire et complémentaire, la connaissance des tarifs pratiqués, la perception du coût pour l'utilisateur. L'acceptabilité renvoie aux caractéristiques sociales et culturelles du patient et à ses attitudes à l'égard de la santé et du système de santé, ainsi qu'à celles des professionnels et des structures de soins.

Ces différentes dimensions sont étroitement liées et vont interagir pour expliquer l'accès aux soins en un lieu donné. Si ce projet a comme porte d'entrée l'accès spatial aux soins, à travers l'analyse des distances parcourues pour accéder à des professionnels et des services de santé, l'ensemble des dimensions de l'accès précitées sont considérées et étudiées conjointement à travers les questionnements suivants :

Pratiques spatiales d'accès aux soins

L'accès aux soins : un concept multidimensionnel

Irdes octobre 2016

Tableau 1 Taxinomie des études d'accès aux soins, combinant dimensions et étapes

		Étapes	
		Accès potentiel	Accès effectif
Dimensions	Spatiales	Études de distance et de disponibilité qui ne considèrent pas les mesures d'utilisation des services	Études d'utilisation considérant les facteurs spatiaux
	A-spatiales	Études d'abordabilité, des facteurs culturels et autres facteurs non-spatiaux qui ne considèrent pas les mesures d'utilisation des services	Études d'utilisation qui considèrent l'abordabilité, les facteurs culturels et autres facteurs a-spatiaux

Source : Guagliardo, 2004.

- Comment le contexte influence-t-il le choix du patient ? En matière de recours aux soins, le contexte est appréhendé, d'une part, par les caractéristiques de l'offre de soins et, d'autre part, par le type d'espace dans lequel vit le patient.
- Comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent-elles dans cette relation ?
- Quels sont les critères de choix des patients (ESPS 2012) et dans quelle mesure expliquent-ils les distances parcourues pour accéder aux soins ?

2.1.1. Revue de littérature

Il existe un corpus relativement important d'études sur l'accès spatial aux soins. Nous retenons spécifiquement trois approches corrélatives à notre projet : les études mettant en évidence le contournement de l'équipement le plus proche, celles analysant les critères de choix du professionnel consulté et celles se centrant sur la mobilité des individus.

2.1.2. Le service le plus proche est souvent contourné

Les travaux menés jusqu'ici sur les préférences des patients en matière de recours aux soins montrent qu'il existe dans de nombreux pays - Canada, Royaume-Uni, Etats-Unis, France - une variété de configurations où l'équipement le plus proche est souvent contourné (Hays *et al.*, Kearns, 1990 ; Tonnellier et Lucas, 1995 ; Field, 2001 ; Goddard et Smith, 2001 ; Haynes *et al.*, 2003 ; Comber, 2004 ; Moschetti, 2005 ; Luo et Wang, 2005 ; Comber *et al.*, 2011 ; Zeitlin *et al.*, 2011 ; Pilkington, 2012).

En France, ce fait est mis en évidence par différentes études à la fois pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. L'exploitation de l'Enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992 du Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (Credes), explorant notamment les hospitalisations programmées de court séjour (Tonnellier et Lucas, 1996), montre que la distance d'accès peut être beaucoup plus élevée que la distance au service adapté le plus proche (29,5 km contre 19,1 km en moyenne à vol d'oiseau) et que le coefficient d'attraction mesurant le rapport entre les deux distances (distance parcourue et distance au service le plus proche) est très variable selon les disciplines médicales des services d'hospitalisation. L'observation de ce phénomène a été confirmée dans des études plus récentes à partir de données exhaustives de recours aux soins hospitaliers sur l'ensemble du territoire (Joubert, 2000 ; Solard et Evain, 2012) ou sur une sélection de régions (Comber, 2004 ; Lacoste et Spinosi, 2002). Par ailleurs, sur le champ de la médecine de ville, une étude portant sur les recours de la population française à des soins de premiers recours et tenant compte de l'exhaustivité des contacts pour soins médicaux montre que près des

deux tiers des consultations médicales ont lieu dans la commune de résidence des patients lorsqu'elle est équipée. Mais quand ce n'est pas le cas, les patients ne recourent dans la commune équipée la plus proche que de façon minoritaire (Barlet *et al.*, 2012).

En revanche, peu d'études françaises ont été produites sur les dimensions individuelles de l'accès spatial aux soins. La connaissance de la variabilité de l'accès selon les caractéristiques des individus se limite généralement aux qualités de genre et d'âge, qui sont les seules disponibles dans les bases de données administratives sur la consommation de soins médicaux. L'analyse de ces dernières a permis de mettre en évidence la plus forte propension des jeunes adultes à se déplacer et celle des personnes âgées à recourir plus souvent au professionnel de santé ou à l'établissement hospitalier le plus proche de chez elles (Collin *et al.*, 2012), ou encore, la probabilité plus importante pour les hommes d'effectuer une distance supplémentaire pour recourir aux soins hospitaliers (Moschetti, 2005). Il existe aussi quelques études mettant en exergue des différences sociales relativement importantes en matière d'accès spatial aux soins. Pour l'ensemble des soins hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), la différence entre la distance parcourue et la distance au service le plus proche varie de 50 % selon que le niveau d'instruction est inférieur ou supérieur au baccalauréat, en défaveur des moins instruits, à niveau d'urbanisation équivalent (Tonnellier et Lucas, 1995). Enfin, une étude sur la proportion de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) dans la patientèle des médecins généralistes, spécialistes ou chirurgiens-dentistes a montré qu'il existe une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires de la CMU-C des communes avoisinantes plus riches (Cases *et al.*, 2008).

Quant à l'influence des facteurs liés à l'offre de soins, une étude montre que pour les soins de premiers recours, la part des consultations au plus proche est beaucoup plus élevée dans les communes où l'accessibilité (mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée - APL) est forte (Barlet, 2012c). Concernant les soins hospitaliers de court séjour, une relation inverse entre la densité hospitalière (mesurée par la densité d'établissements de santé dans le voisinage du lieu d'habitation du patient) et la probabilité d'effectuer une distance supplémentaire a été mise en évidence (Moschetti, 2005).

2.1.3. Mobilité des patients en matière de recours aux soins et critères de choix de l'offreur de soins

Une revue de littérature réalisée sur les choix des patients en matière de recours aux soins (Victoor *et al.*, 2012) montre que le choix de l'offre n'est pas toujours une décision explicitée qui s'appuie sur les alternatives qui se présentent au patient. Plus celui-ci est jeune et son niveau d'éducation important, plus le choix est explicite. Le patient se détermine alors surtout à partir de l'avis de son médecin habituel et du critère de proximité de l'offre (McGuirk et Porell 1984 ; Luft *et al.*, 1990). Les autres critères qui interviennent sont relatifs aux caractéristiques de la structure (taille et type du fournisseur de soins : offre publique ou privée par exemple, organisation et coût) et au processus de soins (relation médecin-malade, qualité des soins délivrés). Ces résultats sont conformes avec ce qui est observé en France, soit :

- **L'importance du critère de proximité** : ce critère est souvent cité comme un des facteurs les plus importants, voire le plus important, dans le choix du professionnel ou du service de santé consulté (Combiér, 2004 ; Lacoste et Spinosi, 2002 ; Pilkington, 2012). Ces différentes études montrent aussi que son importance est à relativiser en fonction de plusieurs éléments
 - la distance au service le plus proche : concernant l'accès aux maternités, les femmes ayant une distance au service le plus proche déjà élevée tendent à aller encore plus loin

Pratiques spatiales d'accès aux soins

L'accès aux soins : un concept multidimensionnel

Irdes octobre 2016

- que les autres femmes, choisissant leur maternité pour d'autres raisons que la proximité (Pilkington, 2012)
- le type de recours : selon que l'hospitalisation est programmée ou non ou selon la spécialité du service hospitalier (Lacoste et Spinosi, 2002)
- la région : la hiérarchie des critères de choix peut être différente pour un même type de service (Combiér, 2004)
- le niveau d'éducation : la proximité est un critère de choix plus important pour les catégories sociales inférieures (Lacoste et Spinosi, 2002)
- le fait de disposer d'une complémentaire santé : la proximité est plus importante pour les ménages n'ayant pas de couverture complémentaire (Lacoste et Spinosi, 2002).
- L'importance des modes d'organisation des soins, soit la « commodité » évoquée plus haut (Krucien, 2011 ; Raynaud, 2011 ; Arsif, 2011) : l'amplitude horaire d'ouverture du cabinet, le temps d'attente au cabinet ou les délais pour obtenir un rendez-vous étant des critères de choix de l'offre de soins
- La réputation du professionnel ou de l'établissement de santé (ou sa spécialisation) sont aussi des facteurs essentiels (Lacoste et Spinosi, 2002). Le consentement à se déplacer augmente avec le niveau de spécialisation (Com-Ruelle *et al.*, 1989 ; Moschetti, 2005).

2.1.4. La mobilité comme élément explicatif de l'accès spatial

Enfin, le choix en termes d'accès aux soins est à replacer dans le contexte plus large des pratiques de mobilité des populations. La mobilité étant un indicateur de pratique de l'espace mais aussi une mesure de la capacité de la population à transcender la distance, il s'agit tout d'abord de ne pas restreindre l'espace de vie des individus à leur seul lieu de résidence. Les patients peuvent ainsi choisir de recourir à des soins près de leur lieu de travail ou des lieux d'achats, une préférence qui est ignorée par les études fondées sur l'adresse résidentielle (Salze *et al.*, 2011). Cela renvoie aussi à la nécessité de mieux articuler l'accessibilité spatiale aux ressources avec la perception des individus en la matière (Vallée, 2014).

Par ailleurs, de nombreuses études soulignent l'importance du fait de posséder une voiture comme facteur discriminant en matière de mobilité (Wellstood *et al.*, 2006 ; Comber *et al.*, 2011), ce facteur étant très corrélé au type d'espace dans lequel on vit. A titre d'exemple, en France, en 2008, trois déplacements sur quatre des résidents des espaces ruraux et peu urbanisés se font en voiture tandis que dans les grandes agglomérations, seuls 55 % des déplacements des résidents se font en voiture, 33 % à pied ou à vélo et 12 % en transports en commun (Hubert, 2009). Selon l'enquête nationale « Transports et déplacements », réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets), en 2008 en France, 70 % des déplacements pour motifs de soins médicaux ou motifs personnels étaient réalisés en voiture. Ainsi, le fait de ne pas posséder de voiture (c'est le cas de 17 % des ménages français en 2012, RP Insee) peut constituer une barrière à la mobilité et à l'accès aux soins.

La plupart des études se focalisent sur les critères de choix du professionnel ou de l'établissement de santé et utilisent la distance parcourue comme un facteur explicatif parmi d'autres. Cette étude vise au contraire à placer les pratiques spatiales de recours aux soins au cœur de l'analyse en utilisant à la fois les caractéristiques individuelles des patients et le contexte du lieu de résidence en matière d'offre de soins et d'urbanisation pour expliquer la propension à se déplacer pour se faire soigner.

3. Données

3.1. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée avec les données médico-administratives de soins

Le travail présenté dans ce rapport est réalisé à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale 2010 appariées avec les données administratives de remboursement des soins médicaux réalisés en ville ou à l'hôpital. L'enquête ESPS 2012, dans laquelle des questions spécifiques sur l'accès aux soins ont été introduites, sera utilisée ultérieurement pour enrichir cette première analyse.

L'enquête ESPS, réalisée en population générale, permet de recueillir des informations sur l'état de santé, les caractéristiques démographiques et socio-économiques, ainsi que sur l'assurance complémentaire santé des individus. Elle a pour base de sondage les registres des caisses des trois grands régimes de l'Assurance maladie obligatoire (Cnamts-travailleurs salariés, RSI-indépendants et MSA-agricoles). Sont interrogés dans l'enquête les bénéficiaires échantillonnés ainsi que l'ensemble des membres de leur ménage, c'est-à-dire les personnes vivant dans le même foyer. L'ensemble des ménages interrogés est considéré comme représentatif de la population vivant en ménage ordinaire¹. Le champ géographique de l'enquête est la France métropolitaine.

Nous utilisons l'enquête appariée avec les données de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire issues du Sniiram (Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie). Dans le cadre de cet appariement, seules les données sur les soins reçus par les individus échantillonnés et par ceux appartenant à la même « grappe-assuré » (c'est-à-dire par les ouvrants droit – assuré principal tiré au sort – et par leurs ayants-droit) sont disponibles². Les données de remboursement des soins effectués en cabinet de ville ou dans les cliniques privées sont extraites du Datamart de consommations inter-régimes (DCIR). Les données de remboursement des soins effectués en consultation externe et lors d'une hospitalisation de soins de courte durée sont extraites du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI relatif à la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)³).

En 2010, 22 850 personnes ont participé à l'enquête ESPS et 12 596 ont pu être appariées avec les données de l'Assurance maladie (55 % des assurés), dont :

- 11 962 personnes, soit 92,5 %, ont consommé des soins de ville (en cabinet de ville, en clinique privée ou en consultation externe d'un hôpital public)
- 1 898, soit 15 %, ont été hospitalisées (au moins un séjour en hospitalisation complète ou/et partielle en MCO), correspondant à 2 827 séjours.

¹ L'enquête n'interroge pas les ménages collectifs comme les personnes en institution ou en foyer, ni les personnes sans domicile.

² Le NIR des autres enquêtés n'étant pas connu, il n'est pas possible de récupérer leurs consommations de soins. C'est notamment le cas des conjoints de l'assuré principal.

³ Seul le PMSI-MCO, relatif aux hospitalisations dites « de court séjour », était apparié en 2010 au Sniiram et donc disponible. Les autres types de séjours, soins de suite, Hospitalisation à domicile (HAD) et psychiatrie notamment, ne sont donc pas étudiés ici.

La localisation des patients à la commune est disponible par deux sources d'information. La première concerne les bases de remboursement de l'Assurance maladie issues du DCIR et relatives aux consommations de soins effectuées en cabinet de ville et en clinique privée. La seconde concerne l'information transmise par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) lors du tirage de l'échantillon et se réfère à la situation des individus au 1^{er} janvier 2010. Si l'information issue des bases de remboursement de l'Assurance maladie permet de tenir compte d'un changement d'habitation au cours de l'année (sous réserve que la carte vitale ait bien été mise à jour), elle n'est en revanche disponible que pour les recours effectués en cabinet de ville ou dans les cliniques privées. Pour les consommations de soins effectuées au sein d'un établissement, ainsi que pour l'ensemble des contacts sans code commune, nous affectons la dernière localisation identifiée dans les bases de remboursement de l'Assurance maladie concernant les consommations effectuées en cabinet de ville ou en clinique privée. Pour les non-consommateurs, nous utilisons les codes communes renseignés par les Cpam lors du tirage de l'échantillon et concernant la situation des individus au 1^{er} janvier 2010.

La localisation de l'offre de soins des professionnels de santé libéraux a été fournie par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) sous la forme d'un fichier anonymisé et crypté⁴ de manière à pouvoir l'apparier aux données de prestations apparées à l'enquête ESPS. Le professionnel de santé est identifié autant de fois qu'il dispose de cabinets (principal et secondaire(s), de telle manière que la localisation du contact entre le patient et le professionnel de santé corresponde bien à la commune dans laquelle a eu lieu le soin. La localisation des établissements de santé a été récupérée dans les bases du PMSI et a fait l'objet d'un travail spécifique de repérage et de localisation des spécialités hospitalières au niveau communal détaillé dans la partie sur l'hôpital.

3.2. Caractéristiques individuelles et indicateurs d'accessibilité territoriale à l'offre de soins

L'intérêt de notre travail de recherche réside dans le fait d'utiliser conjointement des données d'enquête reflétant les besoins de soins et les préférences individuelles de chacun pour recourir aux soins médicaux, et des données de contexte permettant d'approcher les contraintes d'accessibilité territoriale à l'offre selon le lieu de résidence du patient, et de caractériser le lieu de vie selon le type d'espace.

Les informations relatives à l'état de santé et aux caractéristiques socio-économiques sont issues de l'enquête ESPS. Les indicateurs que nous utilisons sont l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle⁵ (agriculteurs, artisans commerçants, cadres et professions intellectuelles, professions intermédiaires, employés, ouvriers), le revenu par unité de consommation, le statut par rapport à l'emploi (actifs, retraités, chômeurs, étudiants, autres inactifs), le fait de disposer d'une complémentaire santé, ainsi que deux variables relatives à l'état de santé issues du mini-module européen et ayant potentiellement un impact sur la mobilité des individus : la santé perçue et les limitations fonctionnelles d'activité. L'indicateur de santé perçue est basé sur la réponse à la question « Comment est votre état de santé général ? » et assortie des cinq modalités de réponses possibles suivantes : « Très bon », « Bon », « Assez bon », « Mauvais », « Très mauvais ». Le fait de souffrir de limitations fonctionnelles est issu de la réponse conjuguée à la question « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » et de ses modalités de réponses : « Oui, fortement limité », « Oui, limité, mais pas fortement », « Non, pas limité du tout ».

⁴ Ces données ont fait l'objet de procédures d'anonymisation, de communication et de traitements validés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) [demande d'autorisation n°1147702v9].

⁵ Pour les moins de 18 ans, la catégorie socioprofessionnelle correspond à celle du chef de ménage.

Pour mesurer les contraintes d'accessibilité territoriale à l'offre selon le lieu de résidence du patient, nous utilisons deux indicateurs. Le premier indicateur mesure l'accessibilité en temps à l'offre considérée la plus proche et correspond à la distance minimale à parcourir pour accéder au professionnel recherché. Le second est l'accessibilité potentielle localisée (APL). Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune et qui considère l'offre de médecins et la demande des communes environnantes (Barlet *et al.*, 2012a). Il estime la disponibilité de l'offre pour chaque commune, en tenant compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre, et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. L'offre de soins est celle des médecins libéraux sur leur lieu d'activité principale et secondaire(s). Elle ne tient pas compte de celle proposée par les centres de santé où les médecins sont salariés et dont l'activité ne figure pas dans les données de remboursement de l'Assurance maladie, ni de celle relatives à l'offre de consultations externes en l'hôpital public, ce qui constitue une limite en termes d'exhaustivité de l'offre disponible. Pour cette dernière, l'identification et la quantification d'une offre par spécialité issue des systèmes d'information pouvant être intégrée dans l'indicateur APL reste une question à résoudre et qui fait l'objet de travaux en cours.

Enfin, nous cherchons également à tenir compte du type d'environnement dans lequel réside le patient, en sus des indicateurs individuels et d'offre précédemment définis, pour appréhender des différences de recours aux soins selon les grandes configurations spatiales du territoire de France métropolitaine. On suppose ainsi que les individus vivant dans des espaces différents peuvent avoir des comportements de recours particuliers dans la mesure où ces espaces peuvent refléter des spécificités de l'offre (délais d'attente, disponibilité, etc.) mais aussi être liés à des caractéristiques individuelles (mobilité, etc.). Six types de communes sont distingués en se fondant sur les unités urbaines et le zonage en aires urbaines 2010 construits par l'Insee :

- La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale vit dans une zone de bâti continu.
- Le zonage en aires urbaines 2010 distingue trois catégories d'aires urbaines : 1/ les grandes aires urbaines, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de 10 000 emplois ou plus, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente en emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci ; 2/ les aires moyennes, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à moins de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente en emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci ; 3/ les petites aires, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à moins de 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente en emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Dans cette étude, nous distinguons, au sein des couronnes périurbaines des grandes aires urbaines, les communes rurales des communes urbaines. Nous regroupons les communes des pôles des « moyennes » et des « petites » aires. Nous regroupons également les communes des couronnes de ces aires. Enfin, nous regroupons les communes hors de l'influence des pôles.

3.3. Représentativité géographique

Le champ géographique de l'enquête est la France métropolitaine. Bien que la base d'échantillonnage de l'enquête ESPS n'ait pas été conçue pour être représentative de la population d'un point de vue géographique, les tests réalisés sur l'échantillon apparié tendent à montrer que les conditions d'utilisation sont réunies pour utiliser l'enquête sous cet angle, du moins en utilisant des dimensions de segmentation de l'espace classique tel que le zonage en aires urbaines ou la taille des communes.

On constate ainsi que la répartition des 12 596 enquêtés (et appariés) est relativement proche de celle de la population française en termes de répartition par type d'espace. L'utilisation du zonage en aires urbaines de l'Insee [Tableau 2] montre que la répartition des enquêtés par type d'espace est très proche de celle de la population française, sauf pour le type d'espace « grand pôle » (unités urbaines de 10 000 emplois ou plus) avec une sous-représentation de l'ordre de 7 points de cette catégorie d'espace dans l'enquête ESPS appariée, contrebalancée par une légère surreprésentation des autres types d'espaces. La sous-représentation des grands pôles est liée en partie à un plus fort taux de non-réponse à l'enquête dans les grandes agglomérations (moindre disponibilité des individus et accès plus difficile des enquêteurs au domicile, notamment dans l'unité urbaine de Paris).

Par ailleurs, la répartition de la population des enquêtés appariés par taille de commune est relativement proche de celle de la population française, avec les mêmes biais que pour le zonage en aires urbaines (surreprésentation dans l'enquête des habitants des communes de moins de 5 000 habitants et sous-représentation des habitants des communes densément peuplées) [Tableau 3].

Tableau 2 Répartition des enquêtés appariés (ESPS 2010) et de la population française par type d'espace

	Enquêtés appariés	Population de France métropolitaine
Zonage en aires urbaines		
Commune de grand pôle	52 %	59 %
Commune urbaine en couronne de grand pôle	12 %	11 %
Communes rurales en couronne de grand pôle	15 %	13 %
Commune de petit ou moyen pôle	8 %	7 %
Commune en couronne de petit ou moyen pôle	7 %	6 %
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	6 %	5 %

Source : ESPS 2010 et Insee.

Tableau 3 Répartition des enquêtés appariés (ESPS 2010) et de la population française selon la taille des communes

	Enquêtés appariés	Communes de France métropolitaine
Taille de commune (population municipale)		
Moins de 5 000 habitants	46 %	40 %
5 000 à 10 000 habitants	13 %	12 %
10 000 à 20 000 habitants	10 %	11 %
20 000 à 50 000 habitants	13 %	15 %
50 000 à 100 000 habitants	7 %	8 %
100 000 à 200 000 habitants	5 %	6 %
Plus de 200 000 habitants	6 %	9 %

Source : ESPS 2010 et Insee.

4. Calcul des distances et niveau géographique d'analyse

Dans ESPS 2010, les patients sont localisés au niveau de la commune de résidence et les offreurs de soins (professionnels de santé libéraux et établissements de santé) au niveau de la commune d'implantation ou, pour Paris, Lyon et Marseille, au niveau de leurs arrondissements, soit le niveau géographique le plus fin disponible. La distance entre la commune de résidence du patient et la commune de réalisation du soin médical, ou celle dans laquelle se situe l'offre la plus proche, est égale à la moyenne des temps de parcours par la route en voiture en heures creuses et en heures pleines. Ces distances ont été calculées avec le logiciel Odomatrix développé par l'Institut national de recherche agronomique (Inra) et utilisant la base de données routières ROUTE500 de l'Institut géographique national (IGN) [Inra, UMR1041, Cesaer].

En termes d'analyse, le niveau infra-communal serait plus approprié et permettrait de mieux mesurer les distances parcourues. En effet, la taille des communes françaises est très hétérogène et les distances infra-communales peuvent être parfois aussi importantes que celles calculées entre communes. Un patient peut ainsi ne pas consulter l'offre présente dans sa commune de résidence, mais celle de la commune contiguë, sans que la distance soit plus importante pour lui dans la réalité. Les données actuellement disponibles dans ESPS 2010 ne permettent pas de descendre à un niveau plus fin. Les analyses sur les distances parcourues, sur le fait de recourir à l'offre située dans la commune équipée la plus proche et sur les ajouts de distance (par rapport à la commune équipée la plus proche) doivent être discutées dans cette optique en tenant compte des tendances les plus significatives. Notons que dans ESPS 2012, le recueil de la distance déclarée par les enquêtés permettra de compenser en partie cette limite.

5. Les distances d'accès aux soins ambulatoires

5.1. Champ de l'étude

Les soins ambulatoires (dits souvent soins de ville) comprennent les soins médicaux et paramédicaux effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centre de santé ou lors de consultations externes d'établissements de santé (hospitaliers) publics ou privés, qu'il s'agisse de soins de médecins généralistes (omnipraticiens) ou spécialistes, ou de soins d'autres professionnels de santé (tels que les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux). Néanmoins, dans le cadre de notre travail, les soins d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas pris en compte. En effet, notre étude s'intéresse à la distance parcourue par le patient et, pour une grande partie de leur activité, surtout dans le cas des infirmiers, c'est le professionnel qui se déplace au domicile du patient. Par ailleurs, l'enquête ESPS n'étant pas réalisée dans les Départements d'outre-mer (Dom), notre étude porte sur la population générale qui réside en métropole.

5.2. Filtrés réalisés sur les recours

Cette étude a nécessité un travail important sur les bases de données de l'Assurance maladie afin d'identifier un contact entre un professionnel de santé et un patient. En effet, suivant une logique de liquidation, plusieurs lignes de remboursement pouvaient correspondre à des soins effectués au sein d'une même consultation ou d'une même visite. Il s'agissait en particulier d'isoler les lignes relatives à des majorations, des franchises, des actes techniques ou encore des actes de radiologie : en 2010, 112 337 contacts (ou consultations) ont ainsi pu être identifiés parmi les répondants d'ESPS dont les données ont été appariées avec les consommations de soins de l'Assurance maladie. Plusieurs filtres ont ensuite été effectués.

5.2.1. Contacts supprimés

Tout d'abord, parce que notre étude s'intéresse à la distance parcourue par le patient, les visites sont exclues de l'analyse. Ensuite, les patients pour lesquels au moins un de leurs contacts n'a pas de code commune connu, ainsi que les contacts pour lesquels la commune du professionnel de santé est inconnue sont supprimés de l'analyse. Enfin, nous supprimons

Tableau 4 Filtrés successifs effectués sur les contacts et les patients

	Contacts		Patients	
	Effectif	% initial	Effectif	% initial
Base avant les filtres	112 337		11 735	
Suppression des visites	-5 427	4,8	-77	0,1
Suppression des professionnels de santé inconnus	-525	0,5	-1	0,0
Suppression des contacts et des résidents hors métropole	-652	0,6	-1	0,0
Base après les filtres	106 098	94,4	11 636	99,1

Source : ESPS 2010.

Tableau 5 Description des contacts selon le temps réellement parcouru pour accéder aux soins ambulatoires

	Contacts avec des omnipraticiens		Contacts avec des chirurgiens-dentistes		Contacts avec des médecins spécialistes	
	Temps parcouru < 3 h	≥ 3 h	Temps parcouru < 3 h	≥ 3 h	Temps parcouru < 3 h	≥ 3 h
Mois de la consultation						
Janvier/février	17 %	15 %	17 %	16 %	17 %	11 %
Mars/avril	18 %	16 %	18 %	19 %	18 %	13 %
Mai/juin	17 %	9 %	17 %	10 %	18 %	18 %
Juillet/août	13 %	34 %	13 %	33 %	13 %	16 %
Septembre/octobre	18 %	14 %	18 %	8 %	18 %	25 %
Novembre/décembre	17 %	13 %	17 %	14 %	16 %	17 %
Région d'exercice du professionnel de santé						
Alsace	3 %	0 %	4 %	0 %	3 %	1 %
Aquitaine	5 %	7 %	5 %	6 %	6 %	8 %
Auvergne	2 %	2 %	2 %	6 %	2 %	2 %
Bourgogne	2 %	1 %	2 %	0 %	2 %	0 %
Bretagne	5 %	7 %	6 %	21 %	5 %	3 %
Centre	3 %	4 %	3 %	0 %	3 %	0 %
Champagne-Ardenne	3 %	1 %	3 %	0 %	2 %	0 %
Corse	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Franche-Comté	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %	1 %
Île-de-France	13 %	13 %	15 %	17 %	20 %	28 %
Languedoc-Roussillon	4 %	10 %	5 %	10 %	4 %	6 %
Limousin	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %
Lorraine	5 %	2 %	5 %	4 %	4 %	1 %
Midi-Pyrénées	5 %	4 %	6 %	4 %	5 %	6 %
Nord-Pas-de-Calais	10 %	2 %	7 %	2 %	6 %	6 %
Normandie	6 %	3 %	4 %	2 %	5 %	3 %
Pays de la Loire	7 %	9 %	7 %	4 %	6 %	7 %
Picardie	4 %	0 %	3 %	1 %	3 %	1 %
Poitou-Charentes	3 %	4 %	2 %	4 %	3 %	3 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)	7 %	13 %	7 %	12 %	8 %	21 %
Rhône-Alpes	9 %	14 %	10 %	7 %	10 %	6 %
Consultation hors de la zone de résidence						
Non	99 %	59 %	100 %	100 %	100 %	92 %
Oui	1 %	41 %	0 %	0 %	2 %	8 %
Déménagement identifié						
Non	95,4 %	90 %	95 %	84 %	95 %	88 %
Oui	4,6 %	10 %	5 %	16 %	5 %	12 %
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence						
Commune équipée	83,1 %	87 %	75 %	79 %	47 %	53 %
Distance minimale en dehors de la commune de résidence	1 à 15 minutes	16,8 %	13 %	24 %	20 %	14 %
	16 à 30 minutes	0 %	0 %	1 %	1 %	22 %
	Plus de 30 minutes	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %
Zonage en aires urbaines						
Commune de grand pôle	54 %	67 %	54 %	65 %	58 %	65 %
Commune urbaine en couronne de grand pôle	12 %	9 %	12 %	13 %	12 %	5 %
Commune rurale en couronne de grand pôle	14 %	8 %	14 %	9 %	13 %	5 %
Commune de petit ou moyen pôle	8 %	6 %	8 %	4 %	7 %	13 %
Commune en couronne de petit ou moyen pôle	7 %	6 %	7 %	4 %	6 %	4 %
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	5 %	3 %	5 %	4 %	4 %	8 %
Accessibilité potentielle localisée (APL)						
APL la plus élevée ≥ double de la moyenne nationale	11 %	9 %	48 %	68 %	44 %	46 %
APL élevée ≥ Moyenne nationale et < Double	69 %	73 %	35 %	18 %	36 %	25 %
APL faible < Moyenne nationale et ≥ Moitié	17 %	15 %	11 %	6 %	14 %	12 %
APL la plus faible < Moitié de la moyenne nationale	3 %	3 %	6 %	8 %	6 %	17 %
Effectifs	52 880	539	13 268	112	16 675	119

Source : ESPS 2010.

les contacts effectués dans les Dom-Tom ainsi que ceux effectués en Corse par des patients résidant en France continentale, ou encore ceux des Corses effectués sur le continent. En effet, nous considérons qu'il s'agit de contacts singuliers en matière de recours aux soins ambulatoires. L'ensemble de ces filtres (effectués avant l'appariement avec ESPS) nous conduit à conserver 94 % des contacts initiaux et 99 % des patients [Tableau 4].

5.2.2. Spécialités étudiées

La revue de littérature a mis en évidence que la propension d'un individu à se déplacer pour des soins médicaux varie selon les caractéristiques de l'offre de soins et, notamment, selon sa spécialisation (voir partie 2.2). Afin d'étudier des comportements potentiellement différents selon la spécialité et le niveau de spécialisation, l'analyse du recours à la médecine de ville repose sur un choix raisonné de disciplines qui sont : les omnipraticiens, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues-obstétriciens⁶, les ophtalmologues, les psychiatres, les cardiologues et les dermatologues. La sélection des spécialités a reposé sur les critères suivants :

- Leur position dans le système de soins : les omnipraticiens et les chirurgiens-dentistes en tant que soins de premiers recours ; les gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues, psychiatres, cardiologues et dermatologues comme soins spécialisés dont les trois premiers sont possibles en accès direct ;
- La position des spécialités dans la hiérarchie d'accessibilité spatiale aux soins afin de sélectionner des spécialités dont l'accessibilité sur le territoire est plus ou moins importante ;
- La disponibilité de l'indicateur de l'APL, dont la généralisation à l'ensemble des spécialités nécessite un travail spécifique, notamment concernant les spécialités très présentes à l'hôpital.

Les contacts concernant ces professionnels de santé sont au nombre de 83 583 (liés à 11 462 patients ayant recouru aux soins) et représentent près de 80 % des contacts appariés appartenant à notre champ d'analyse.

5.2.3. Suppression des distances « extrêmes »

Dans le cadre de notre analyse sur le recours aux soins effectifs, certains contacts, effectués à des distances particulièrement élevées de la commune de résidence du patient, peuvent ne pas correspondre à des recours « standards » mais à des contacts ponctuels effectués en dehors de la zone d'habitation, comme le lieu de vacances par exemple.

Si l'on distingue les contacts médicaux selon un seuil de 3 heures de trajet à partir du lieu de résidence habituelle pour y accéder, on constate qu'une partie importante des longs trajets correspond à des recours identifiés comme ayant été réalisés hors de la résidence habituelle du patient dans les fichiers de prestations de remboursement de l'Assurance maladie⁷ : 41 % des recours à un omnipraticien à 3 heures ou plus (contacts « extrêmes ») contre moins de 1 % pour les contacts « non extrêmes » [Tableau 5]. Par ailleurs, 34 % des contacts « extrêmes » réalisés auprès d'un médecin généraliste ont eu lieu pendant les mois de juillet et d'août (contre 13 % pour les autres contacts). Les contacts « extrêmes » réalisés auprès d'un spécialiste et d'un chirurgien-dentiste se différencient surtout par la région dans laquelle le professionnel de santé exerce : 49 % de ces contacts avec un spécialiste ont lieu en Ile-de-France ou en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et 32 % de ces contacts avec

⁶ Il s'agit à la fois des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens.

⁷ Il s'agit de la variable permettant de qualifier le parcours de soins.

un chirurgien-dentiste ont eu lieu en Bretagne ou en région Paca. De plus, respectivement 12 % et 16 % d'entre eux sont effectués par des patients ayant connu un déménagement au cours de l'année, contre 5 % parmi les autres contacts. Cette description permet de confirmer le caractère saisonnier, inhabituel ou mal identifié de ces contacts qui ne semblent pas correspondre à des recours aux soins effectués à partir du lieu de résidence. Afin d'étudier la relation entre les distances parcourues et les caractéristiques de contexte du lieu de résidence, nous étudions donc dans ce rapport uniquement les recours ayant conduit à une distance d'accès inférieure à 3 heures, soit inférieure à 180 minutes. Le nombre de contacts étudiés s'élève ainsi à 82 823 et concerne 11 434 patients.

5.3. Échantillon final

Après les différents filtres réalisés sur les contacts, nous complétons notre base de données en ajoutant l'ensemble des individus n'ayant pas recouru aux soins⁸, identifiables grâce à ESPS. **L'échantillon final se compose de 12 295 individus dont 48 % d'hommes, 45 % de personnes en emploi, 20 % de retraités, 22 % d'étudiants et 5 % de chô-**

Tableau 6 Description de l'échantillon selon les caractéristiques individuelles et le type d'espace

	Effectif	% pondéré		Effectif	% pondéré
Sexe			Occupation principale		
Hommes	5 957	48,4	Actifs	4 806	44,6
Femmes	6 338	51,6	Retraités	2 236	19,9
Age			Chômeurs	810	5,1
Moins de 16 ans	2 789	20,7	Inactifs	964	5,3
16 à 25 ans	1 188	8,8	Etudiants	30 42	21,9
26 à 45 ans	3 215	28,9	Autres	437	3,2
46 à 60 ans	2 704	20,6	Catégorie socioprofessionnelle*		
61 à 75 ans	1 576	13,8	Agriculteurs	326	2,3
Plus de 75 ans	823	7,2	Artisans, commerçants	572	5,5
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)			Cadres et professions intellectuelles	1 086	9,8
Oui	1 860	14,4	Professions intermédiaires	1 503	14,2
Non	10 435	85,7	Employés	2 417	20,6
Santé perçue			Ouvriers	2 438	20,2
Très bonne	2 458	20,0	Inactifs n'ayant jamais travaillé	3 953	27,4
Bonne	3 612	30,1	Revenu mensuel par unité de consommation		
Assez bonne	1 878	14,6	Inférieur ou égal à 950 €	3 001	17,4
Mauvaise	510	3,7	951 à 1 350 €	2 090	18,7
Très mauvaise	86	0,6	1 351 à 1 850 €	1 836	17,7
Non renseigné	3 751	31,0	Supérieur à 1 851 €	1 789	17,0
Limitation d'activités			Non renseigné	3 579	29,2
Fortement limité	540	4,0	Zonage en aires urbaines		
Limité, mais pas fortement	1 300	10,0	Commune de grand pôle	6 449	50,6
Pas limité du tout	6 522	53,7	Commune en couronne de grand pôle	3 282	28,0
Non renseigné	3 933	32,3	Commune de petit ou moyen pôle	944	7,6
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)			Commune en couronne de petit ou moyen pôle	896	7,5
Sans complémentaire santé (CS)	421	4,1	Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	724	6,2
Bénéficiaires de la CMU-C	1 867	5,7	Total	12 295	100
Bénéficiaires d'une CS privée	9 894	89,2			
Non renseigné	113	0,9			

* Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie socioprofessionnelle renseignée est celle du chef de ménage.

Source : ESPS 2010.

⁸ Les individus pour lesquels tous les contacts ont été supprimés de l'analyse ne sont pas considérés comme non recourant aux soins mais définitivement supprimés de l'analyse.

meurs [Tableau 6]. Trois personnes sur dix (29 %) de l'échantillon ont entre 26 et 45 ans ; 4 % ont déclaré un mauvais ou un très mauvais état de santé ; 14 % ont déclaré une limitation fonctionnelle d'activité et 14 % une ALD. Plus de 80 % de l'échantillon ont recouru au moins une fois à un omnipraticien [Tableau 8]). Cette proportion s'élève à 9 % pour la cardiologie, 11 % pour la dermatologie, 7 % pour l'ORL, 26 % pour l'ophtalmologie, 39 % pour la chirurgie dentaire et 2 % pour la psychiatrie. Le nombre de recours observés dans l'échantillon par spécialité ainsi que le nombre de patients sont présentés dans les tableaux 8 et 9.

Plus de 50 % des individus de l'échantillon vivent au sein d'un grand pôle, 28 % vivent 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 [Tableau 6]. Le tableau 7 permet de caractériser la population selon l'accessibilité potentielle aux soins à travers l'indicateur de l'APL et l'offre de soins la plus proche : respectivement 81 % et 72 % des individus de l'échantillon résident dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste et un chirurgien-dentiste et pour quasiment aucun individu, le médecin généraliste et le chirurgien-dentiste le plus proche ne se situent à plus de 15 minutes de la commune de résidence. En ce qui concerne les spécialistes, 35 % des individus résident dans une commune où exerce au moins un ORL ; c'est les cas de 37 % des individus pour un psychiatre, 39 % pour un dermatologue, 39 % pour un cardiologue, 40 % pour un gynécologue-obstétricien et 42 % pour un ophtalmologiste. Pour 10 % des individus de l'échantillon, l'ORL le plus proche

Tableau 7 Description de l'échantillon selon l'éloignement à l'offre de soins ambulatoires la plus proche et selon l'APL

	Médecine générale		ORL		Cardiologie		Ophtalmologie		
	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence									
Commune équipée	10 004	80,6	4 405	34,6	4 976	39,0	5 361	42,4	
Distance minimale en dehors de la commune	1 à 15 min	2 261	19,3	2 887	23,7	3 458	28,4	3 675	30,7
	16 à 30 min	4	0,1	3 746	31,5	3 205	27,3	2 810	23,5
	plus de 30 min	0	0,0	1 244	10,2	6 41	5,2	411	3,4
Accessibilité potentielle localisée (APL)									
APL la plus élevée ≥ double de la moyenne nationale	889	7,2	1 842	14,7	1 499	12,2	1 167	9,5	
APL élevée ≥ Moyenne nationale et < Double	2 203	18,6	2 350	20,0	2 088	18,0	2 260	18,7	
APL faible < Moyenne nationale et ≥ Moitié	8 062	65,7	4 386	35,1	4 391	35,6	5 252	42,5	
APL la plus faible < Moitié de la moyenne nationale	1 115	8,6	3 704	30,2	4 302	34,2	3 578	29,3	
Total	12 269	100	12 282	100	12 280	100	12 257	100	

	Dermatologie		Chirurgie dentaire		Gynécologie-obstétrique		Psychiatrie		
	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	Nombre d'individus	% pondéré	
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence									
Commune équipée	4 935	38,8	8 970	72,1	5 091	40,1	4 724	37,2	
Distance minimale en dehors de la commune	1 à 15 min	3 366	27,7	3 191	27,2	3 440	28,5	3 294	27,0
	16 à 30 min	3 226	27,3	79	0,6	3 127	26,4	3 334	28,0
	plus de 30 min	750	6,2	3	0,0	628	5,1	937	7,8
Accessibilité potentielle localisée (APL)									
APL la plus élevée ≥ double de la moyenne nationale	1 459	11,8	1 370	11,2	1 438	11,8	2 060	16,8	
APL élevée ≥ Moyenne nationale et < Double	2 175	18,6	1 521	12,9	2 172	18,2	2 240	18,1	
APL faible < Moyenne nationale et ≥ Moitié	4 358	34,7	4 143	33,7	4 494	36,3	3 390	27,2	
APL la plus faible < Moitié de la moyenne nationale	4 285	34,9	5 209	42,2	4 182	33,7	4 599	37,9	
Total	12 277	100	12 243	100	12 286	100	12 289	100	

Source : ESPS 2010.

se situe à plus de 30 minutes de la commune de résidence. Il en est de même pour 8 % des individus en psychiatrie, 6 % en dermatologie, 5 % en cardiologie et en gynécologie et 3 % en ophtalmologie. L'indicateur de l'APL révèle cependant que 9 % des individus de l'échantillon résident dans une commune au sein de laquelle l'équipement en médecins généralistes de la zone de résidence est inférieur à la moitié de la moyenne nationale. Il en est de même pour 29 % de l'échantillon en ophtalmologie, 30 % en ORL, 34 % en cardiologie, 35 % en dermatologie, 38 % en psychiatrie et 42 % pour la chirurgie-dentaire.

Tableau 8 Description de l'échantillon selon le recours aux soins ambulatoires et par spécialité

Spécialités	Nombre d'individus	Nombre de recourants	% de recours (pondéré)
Médecine générale	12 269	10 475	80,5
Cardiologie	12 280	1 121	9,0
Dermatologie	12 277	1 348	10,6
Gynécologie-obstétrique	6 329	1 808	29,7
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	12 282	876	6,8
Ophtalmologie	12 257	3 409	26,4
Chirurgie dentaire	12 243	5 056	39,3
Psychiatrie	12 289	304	2,4

Source : ESPS 2010.

Tableau 9 Nombre de contacts et de patients dans les données de consommation de soins de ville de l'enquête ESPS 2010

Spécialités	Nombre de contacts	Nombre de professionnels de santé	Nombre de patients	Nombre moyen de contacts par patient recourant
Médecine générale	52 880	10 466	10 475	5,0
Pathologie cardiovasculaire	2 049	878	1 121	1,8
Dermatologie	2 252	977	1 348	1,7
Gynécologie-obstétrique	3 926	1 409	1 808	2,2
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	1 479	625	876	1,7
Ophtalmologie	4 894	2 024	3 409	1,4
Chirurgie dentaire	13 268	4 164	5 056	2,6
Psychiatrie	2 052	256	304	6,8

Source : ESPS 2010.

Le tableau 10 présente une comparaison de notre échantillon avec la France métropolitaine concernant la répartition des individus en fonction de la taille de la commune, du type d'espace et de l'équipement de la commune selon les professionnels de santé sélectionnés pour cette étude. Comme précédemment évoqué (section 3.2.), la distribution de notre échantillon par type d'espace est relativement proche de celle de la population française, à l'exception du type d'espace « grand pôle » (avec une sous-représentation de l'ordre de 8 points dans notre échantillon). Cet écart est contrebalancé par une surreprésentation de 4 points des couronnes des grands pôles et une légère surreprésentation des autres types d'espaces. Les individus résidant dans une commune de plus de 200 000 habitants sont également sous-représentés (6 % contre 9 % en France métropolitaine) et ceux qui résident dans une commune de moins de 5 000 habitants sont surreprésentés (47 % contre 40 %). Cela se traduit par une proportion plus élevée d'individus qui résident à plus de 15 minutes d'un spécialiste qu'en population générale (33 % contre 27 % pour un dermatologue par

Tableau 10 Représentativité géographique de l'échantillon selon l'équipement au plus proche, la taille de la commune et le type d'espace

		Echantillon		France
		Effectif	% pondéré	%
Taille de la commune				
Moins de 5 000 habitants		5 539	47 %	40 %
5 000 à 10 000 habitants		1 584	13 %	12 %
10 000 à 20 000 habitants		1 303	10 %	11 %
20 000 à 50 000 habitants		1 627	13 %	15 %
50 000 à 100 000 habitants		898	7 %	8 %
100 000 à 200 000 habitants		589	5 %	6 %
Plus de 200 000 habitants		755	6 %	9 %
Zonage en aires urbaines				
Commune de grand pôle		6 450	51 %	59 %
Commune en couronne de grand pôle		3 281	28 %	24 %
Commune de petit ou moyen pôle		944	8 %	7 %
Commune en couronne de petit ou moyen pôle		896	7 %	6 %
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle		724	6 %	
Équipement au plus proche				
Omnipraticiens				
Distance supérieure à	15 minutes	4	0,05 %	0,2 %
	30 minutes	0	0 %	0 %
	45 minutes	0	0 %	0 %
Chirurgiens-dentistes				
Distance supérieure à	15 minutes	82	0,7 %	0,7 %
	30 minutes	3	0 %	0 %
	45 minutes	0	0 %	0 %
Cardiologues				
Distance supérieure à	15 minutes	3 846	33 %	26 %
	30 minutes	641	5 %	4 %
	45 minutes	79	1 %	1 %
Dermatologues				
Distance supérieure à	15 minutes	3 976	33 %	27 %
	30 minutes	750	6 %	5 %
	45 minutes	101	1 %	1 %
Gynécologues				
Distance supérieure à	15 minutes	3 755	32 %	28 %
	30 minutes	628	5 %	6 %
	45 minutes	87	1 %	1 %
Oto-rhino-laryngologistes (ORL)				
Distance supérieure à	15 minutes	4 990	42 %	34 %
	30 minutes	1 244	10 %	8 %
	45 minutes	161	1 %	1 %
Ophtalmologistes				
Distance supérieure à	15 minutes	3 221	27 %	22 %
	30 minutes	411	3 %	3 %
	45 minutes	62	0 %	0 %
Psychiatres				
Distance supérieure à	15 minutes	4 271	36 %	30 %
	30 minutes	938	8 %	7 %
	45 minutes	143	1 %	1 %
Total		12 295	100 %	100 %

Source : ESPS 2010.

exemple), bien que cela ne soit pas le cas pour la médecine générale et la chirurgie-dentaire. Notons par ailleurs qu'il n'y a pas de sous-représentation des individus qui résident à plus de 30 minutes d'un professionnel de santé, qu'il s'agisse d'un médecin généraliste, d'un chirurgien-dentiste ou d'un spécialiste.

5.4. Stratégie d'analyse

Un apport important de notre travail réside dans le fait de disposer de caractéristiques contextuelles liées à l'accessibilité territoriale aux soins des différentes spécialités retenues, à la fois pour les individus ayant consulté mais également pour ceux qui ne l'ont pas fait. L'absence de consultation peut s'expliquer par le fait de ne pas en avoir eu besoin mais aussi parce que la localisation géographique de l'offre de soins adaptée et disponible nécessite de parcourir des distances dépassant leur capacité/consentement à se déplacer pour consulter. Dans ce rapport, nous analysons donc systématiquement, en sus des distances parcourues par les individus qui ont recouru aux soins par le biais de consultations, les caractéristiques de ceux qui n'y ont pas recouru. Rappelons ici que nous avons écarté les visites à domicile qui ne mettent pas en jeu le déplacement du patient mais celui du professionnel de santé.

Une première partie est consacrée à l'analyse descriptive du fait de recourir aux soins médicaux et, pour les patients y recourant, à l'analyse descriptive des distances parcourues. Il s'agit en particulier de décrire le niveau moyen et la distribution de la distance totale parcourue, du taux de recours au professionnel de santé le plus proche et de la distance supplémentaire parcourue, au regard des caractéristiques individuelles et des caractéristiques territoriales relatives à l'accessibilité potentielle aux soins. Trois indicateurs permettent d'appréhender l'accessibilité territoriale aux soins de façon complémentaire : 1) 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 ; 2) l'Accessibilité potentielle localisée (APL) ; 3) le type d'espace exprimé d'après le Zonage en aires urbaines (ZAU).

Dans une seconde partie, nous modélisons la propension des individus à se déplacer. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » est ainsi réalisée afin d'étudier les effets propres de ces trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins et d'éliminer les biais potentiels de confusion liés aux caractéristiques individuelles de recours et de mobilité des individus (telles que l'âge, l'état de santé, etc.). Un modèle en 3 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 les personnes 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 séquentielles permettent de considérer chacune des dimensions du recours aux soins en tenant compte du nombre important de distances supplémentaires nulles qui résulte d'un recours effectué au plus proche. Il s'agit de tester en particulier l'hypothèse selon laquelle il existe un seuil au-delà duquel les individus n'exercent plus librement leurs préférences pour recourir aux soins.

5.5. Résultats descriptifs : la mobilité des patients en matière de recours aux soins ambulatoires

5.5.1. Le fait de recourir aux soins

Le fait de recourir aux soins est moins fréquent lorsque le professionnel de santé le plus proche se situe à plus de 15 minutes de la commune de résidence du patient : 31 % des individus qui résident à plus de 15 minutes du chirurgien-dentiste le plus proche ont recouru à des soins dentaires au moins une fois contre 40 % pour ceux qui résident au sein d'une commune équipée [Tableau 11]. Il en est de même pour les spécialistes avec des différences plus ou moins importantes selon les spécialités. L'écart s'élève de 4 à 6 points de pourcentage pour la dermatologie (7 % des individus résidant à plus de 30 minutes du dermatologue le plus proche ont consulté un dermatologue contre 12 % parmi les patients qui résident au sein d'une commune équipée), l'ophtalmologie (22 % contre 27 %) et la gynécologie (10 % contre 16 %). Les différences sont un peu moins marquées pour les cardiologues (9 % des individus résidant à plus de 30 minutes du cardiologue le plus proche ont recouru aux soins contre 9,3 % pour ceux qui résident au sein d'une commune équipée), mais de nouveau marquées pour les ORL (4,7 % contre 8,3 %) et les psychiatres (0,4 % contre 3,1 %).

Les différences de recours aux soins selon le type de territoire et l'APL suivent la même tendance. En effet, les individus qui résident dans une commune isolée située hors de l'influence d'un pôle recourent moins souvent aux soins que les résidents des grands pôles et des couronnes des grands pôles : ils sont 33 % à s'être déplacés pour consulter un chirurgien-dentiste contre respectivement 40 % et 42 % parmi ceux qui résident dans des grands pôles ou dans une commune urbaine de la couronne d'un grand pôle. Ces écarts sont également relativement importants en dermatologie (respectivement 7 % contre 12 % et 10 %), en ophtalmologie (24 % contre 28 % et 27 %) et en gynécologie-obstétrique (10 % contre 17 % et 16 %). Les différences de recours aux soins sont en revanche plus faibles en médecine générale : 79 % contre 80 % et 81 % et même 82 % parmi les résidents d'un petit ou moyen pôle et sa couronne [Tableau 11]. Pourtant, parmi les résidents des communes situées hors de l'influence des pôles, les besoins de soins semblent plus élevés puisque les plus de 60 ans et les personnes en ALD y sont surreprésentés (9,2 % des habitants de ces communes ont 75 ans ou plus et 8,4 % sont en ALD alors qu'ils ne représentent que 6,2 % de la population globale) [Tableau 12]. Concernant l'indicateur de l'APL, qui tient simultanément compte de la quantité et de la disponibilité de l'offre comparativement aux besoins de soins de la population, on constate que 79 % des individus qui résident dans une commune où l'APL en médecine générale est la plus faible, soit inférieure à la moitié de la moyenne nationale, ont consulté un médecin généraliste, contre 83 % pour ceux qui résident dans une commune où l'APL est la plus élevée, soit supérieure au double de la moyenne nationale. Ces taux s'élèvent respectivement à 9 % contre 14 % en dermatologie et à 2 % contre 3 % en psychiatrie. Seule la spécialité de la cardiologie affiche des taux de recours comparables parmi les habitants des communes dont l'APL est la plus faible ou la plus élevée (10 % contre 10 %).

Ces différences de recours aux soins selon l'accessibilité territoriale peuvent également refléter en partie des préférences individuelles face au recours. En effet, le tableau 13 qui conforte les résultats bien connus du recours aux soins selon les caractéristiques individuelles, met en évidence que les cadres, qui sont plus nombreux à résider dans des grands pôles urbains, sont également ceux qui recourent le plus aux soins de spécialistes, avec un écart plus sensible notamment pour la psychiatrie, et le moins aux soins de généralistes. *A contrario*, les personnes âgées, qui sont surreprésentées dans les communes isolées, recourent plus souvent aux soins de généralistes (respectivement 88 % des 75 ans et plus contre 75 % des 16/25 ans) mais aussi aux soins de spécialités liées à l'âge, en particulier ceux des cardiologues et des ophtalmologistes. Par ailleurs, il est logique que ceux qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé recourent plus souvent aux soins (notamment

Tableau 11 Avoir recours au moins une fois aux soins ambulatoires selon les caractéristiques d'offre de soins et le type d'espace

	Médecine générale			Chirurgie dentaire			Cardiologie			Dermatologie			
	Recours		Total	Recours		Total	Recours		Total	Recours		Total	
	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence													
Commune équipée	8 560	80,5	10 003	3 774	39,8	8 969	457	9,3	4 976	625	12,2	4 935	
Distance minimale en dehors de la commune de résidence	1 à 15 minutes	1 912	80,6	2 262	1 256	38,1	3 192	322	9,2	3 458	386	11,2	3 366
	16 à 30 minutes	---	---	4	26	30,9	79	287	8,8	3 205	282	8,4	3 226
	Plus de 30 minutes	---	---	0	---	---	3	55	8,8	641	55	7,3	750
Zonage en aires urbaines													
de grand pôle	5 506	80,0	6 430	2 685	39,8	6 411	601	9,4	6 441	821	12,3	6 441	
Commune... urbaine en couronne de grand pôle	1 242	80,5	1 467	651	42,2	1 465	139	9,4	1 468	160	10,3	1 468	
	1 543	81,1	1 813	736	38,5	1 811	158	8,3	1 811	171	9,1	1 812	
	806	81,9	939	378	38,3	940	74	8,5	942	77	8,3	939	
de petit ou moyen pôle	765	82,3	896	358	38,4	896	84	9,0	895	65	7,3	893	
en couronne de petit ou moyen pôle	613	78,5	724	248	33,0	720	65	9,2	723	54	7,2	724	
isolée hors de l'influence d'un pôle													
Accessibilité potentielle localisée (APL)													
APL la plus élevée ≥ double de la moyenne nationale	981	82,7	1 115	2 199	40,1	5 208	423	9,8	4 303	605	13,6	4 284	
APL élevée ≥ Moyenne nationale et < Double	6 881	80,3	8 061	1 710	39	4 143	388	8,9	4 389	424	9,6	4 357	
APL faible < Moyenne nationale et ≥ Moitié	1 864	80,6	2 202	583	36,6	1 520	163	7,6	2 088	175	7,6	2 177	
APL la plus faible < Moitié de la moyenne nationale	749	79,1	891	564	39,9	1 372	147	9,8	1 500	144	9,1	1 459	
Total	10 475	80,5	12 269	5 056	39,3	12 243	1 121	9,1	12 280	1 348	10,6	12 277	

	Ophtalmologie			Gynécologie-obstétrique			ORL			Psychiatrie			
	Recours		Total	Recours		Total	Recours		Total	Recours		Total	
	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	Eff.	% pond.	Eff.	
Distance minimale entre le professionnel de santé le plus proche et la commune de résidence													
Commune équipée	1 530	27,1	5 361	800	16,4	5 091	374	8,3	4 405	149	3,1	4 724	
Distance minimale en dehors de la commune de résidence	1 à 15 minutes	1 061	27,5	3 675	542	16,2	3 440	212	6,7	2 887	78	2,2	3 294
	16 à 30 minutes	718	24,4	2 810	420	14,0	3 127	230	5,9	3 746	73	2,1	3 333
	Plus de 30 minutes	100	22,4	411	61	10,1	628	60	4,7	1 244	4	0,4	938
Zonage en aires urbaines													
de grand pôle	1 845	27,6	6 427	1 016	16,5	6 447	514	7,7	6 442	190	2,8	6 445	
Commune... urbaine en couronne de grand pôle	421	26,9	1 467	227	16,2	1 469	96	6,1	1 467	39	2,4	1 468	
	504	26,4	1 809	259	14,6	1 812	109	5,8	1 812	35	2,0	1 813	
	239	24,7	941	142	15,7	940	72	7,5	943	17	1,8	944	
de petit ou moyen pôle	219	22,0	894	104	12,5	894	45	4,7	895	14	1,5	895	
en couronne de petit ou moyen pôle	181	23,7	719	75	9,9	724	40	5,1	723	9	1,3	724	
isolée hors de l'influence d'un pôle													
Accessibilité potentielle localisée (APL)													
APL la plus élevée ≥ double de la moyenne nationale	1 060	27,9	3 577	674	16,7	4 182	299	7,6	3 704	152	3,1	4 598	
APL élevée ≥ Moyenne nationale et < Double	1 451	26,3	5 252	667	15,6	4 493	318	6,9	4 385	70	1,9	3 390	
APL faible < Moyenne nationale et ≥ Moitié	579	24,7	2 261	278	13,3	2 172	143	5,9	2 350	44	2,0	2 240	
APL la plus faible < Moitié de la moyenne nationale	319	25,7	1 167	204	14,1	1 439	116	6,1	1 843	38	1,8	2 061	
Total	3 409	26,4	12 257	1 823	15,4	12 286	876	6,8	12 282	304	2,4	12 289	

Source : ESPS 2010.

Tableau 12 Répartition de la population selon le type d'espace, les caractéristiques individuelles, de besoins de soins et les caractéristiques socio-économiques

	Commune de grand pôle		Commune urbaine en couronne de grand pôle		Commune rurale en couronne de grand pôle		Commune de petit ou moyen pôle		Commune en couronne de petit ou moyen pôle		Commune isolée hors de l'influence d'un pôle		Total
	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.
Sexe													
Hommes	3 068	49,8	716	12,2	907	16,1	445	7,4	437	7,5	384	6,9	5 957
Femmes	3 381	51,5	753	12,6	906	15,2	499	7,7	459	7,4	340	5,6	6 338
Age													
Moins de 16 ans	1 470	48,2	333	13,1	410	16,4	212	7,5	213	8,4	151	6,4	2 789
16 à 25 ans	674	53,8	131	11,6	149	14,1	97	7,9	78	7,3	59	5,4	1 188
26 à 45 ans	1 737	53,3	389	12,3	511	16,6	224	6,6	212	6,7	142	4,6	3 215
46 à 60 ans	1 379	49,2	328	12,8	425	16,7	212	7,7	202	7,6	158	6,1	2 704
61 à 75 ans	799	49,9	195	12,6	210	13,4	126	8,3	114	7,1	132	8,7	1 576
Plus de 75 ans	390	48,9	93	11,0	108	12,6	73	9,8	77	8,5	82	9,2	823
Santé perçue													
Très bonne	1 441	51,1	342	13,2	415	16,2	181	6,6	185	7,2	142	5,6	2 706
Bonne	1 996	49,2	500	12,9	627	16,2	312	7,7	307	7,6	253	6,4	3 995
Assez bonne	1 071	50,4	253	12,5	280	14,1	180	8,5	176	8,5	127	6,0	2 087
Mauvaise/très mauvaise	380	54,1	69	10,1	81	12,7	57	8,7	52	7,8	45	6,6	684
Non renseigné	1 561	51,7	305	11,5	410	16,0	214	7,5	176	6,7	157	6,7	2 823
Limitations d'activité													
Fortement limité	322	50,9	66	10,3	88	14,4	54	9,1	50	9,0	41	6,3	621
Limité, mais pas fortement	752	49,6	175	12,2	214	16,0	111	7,8	111	7,8	98	6,5	1 461
Pas limité du tout	3 750	50,5	911	13,0	1 092	15,6	549	7,4	550	7,5	424	6,0	7 276
Non renseigné	1 625	51,6	317	11,4	419	15,9	230	7,7	185	6,8	161	6,7	2 937
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)													
Oui	935	49,5	217	11,9	248	13,5	161	9,1	141	7,6	158	8,4	1 860
Non	5 514	50,8	1 252	12,5	1 565	16,0	783	7,3	755	7,4	566	5,9	10 435
Catégorie socioprofessionnelle													
Agriculteurs	31	9,7	24	6,6	88	27,1	24	7,9	78	23,2	81	25,5	326
Artisans, commerçants	257	43,9	70	11,2	95	18,9	47	8,8	40	7,0	63	10,1	572
Cadres et prof. intellectuelles	695	64,9	110	9,3	146	13,2	60	5,6	37	3,5	38	3,6	1 086
Professions intermédiaires	827	55,2	203	13,9	240	15,4	95	6,3	78	5,1	60	4,1	1 503
Employés	1 322	53,0	305	13,5	332	14,1	188	7,8	164	6,9	106	4,7	2 417
Ouvriers	1 147	45,3	306	12,4	378	16,6	219	8,7	221	9,5	167	7,5	2 438
Inactifs n'ayant jamais travaillé	2 170	50,1	451	12,8	534	15,4	311	7,8	278	7,8	209	6,2	3 953
Statut par rapport à l'emploi													
Actifs	2 451	51,2	599	12,4	821	17,1	328	6,6	358	7,4	249	5,3	4 806
Retraités	1 088	48,7	273	12,3	309	13,5	183	8,8	186	7,9	197	8,7	2 236
Chômeurs	512	58,8	74	9,3	78	12,2	61	8,1	44	5,7	41	5,9	810
Inactifs	528	51,2	111	12,9	113	13,8	96	9,6	59	6,5	57	5,9	964
Étudiants	1 638	49,6	358	13,1	429	15,5	238	7,6	219	7,9	160	6,3	3 042
Autres	232	48,3	54	12,7	63	17,4	38	8,8	30	7,6	20	5,1	437
Revenu mensuel par unité de consommation													
Inférieur ou égal à 950 €	1 673	50,8	310	11,2	341	13,0	245	8,0	219	8,5	213	8,5	3 001
951 à 1 350 €	913	43,7	307	14,5	335	16,5	196	9,1	202	9,6	137	6,6	2 090
1 351 à 1 850 €	865	47,4	247	13,3	346	18,4	143	7,9	151	8,3	84	4,7	1 836
Supérieur à 1 851 €	1 080	60,1	223	12,3	253	14,4	86	4,9	81	4,5	66	3,9	1 789
Non renseigné	1 918	51,4	382	11,4	538	15,7	274	7,7	243	6,8	224	6,9	3 579
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)													
Sans complémentaire santé (CS)	265	63,8	48	10,1	27	7,6	26	5,7	25	6,1	30	6,8	421
Bénéficiaires de la CMU-C	1 290	67,1	156	9,7	112	5,9	136	7,1	94	5,1	79	5,1	1 867
Bénéficiaires d'une CS privée	4 825	48,9	1 253	12,7	1 660	16,7	775	7,7	770	7,7	611	6,3	9 894
Non renseigné	69	123,1	12	20,7	14	19,6	7	13,8	7	14,2	4	8,6	113
Total	6 449	50,6	1 469	12,4	1 813	15,6	944	7,6	896	7,5	724	6,2	12 295

Source : ESPS 2010.

Tableau 13a Avoir recours au moins une fois aux soins ambulatoires selon les caractéristiques individuelles

	Médecine générale			Chirurgie dentaire			Cardiologie			Dermatologie		
	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.
Sexe												
Hommes	4 882	74,9	5 946	2 237	34,6	5 935	627	10,1	5 949	554	8,7	5 949
Femmes	5 593	85,8	6 323	2 819	43,7	6 308	494	8,1	6 331	794	12,4	6 328
Age												
Moins de 16 ans	2 397	81,5	2 780	1 078	37,9	2 777	24	0,8	2 789	221	7,7	2 786
16 à 25 ans	956	75,2	1 186	450	35,2	1 185	16	1,2	1 188	130	10,2	1 183
26 à 45 ans	2 676	76,4	3 207	1 381	39,4	3 200	131	3,5	3 214	389	11,4	3 212
46 à 60 ans	2 276	79,3	2 699	1 172	41,3	2 691	305	10,9	2 701	286	9,8	2 702
61 à 75 ans	1 432	88,5	1 574	701	43,4	1 572	374	23,3	1 569	215	13,4	1 573
Plus de 75 ans	738	88,3	823	274	33,5	818	271	32,8	819	107	13,0	821
Santé perçue												
Très bonne	2 191	74,3	2 696	1 112	38,0	2 696	70	2,5	2 705	294	10,4	2 704
Bonne	3 410	80,5	3 991	1 679	40,2	3 969	303	7,4	3 991	445	10,7	3 988
Assez bonne	1 910	89,5	2 083	879	41,3	2 081	361	18,1	2 082	246	11,7	2 081
Mauvaise/très mauvaise	634	91,3	683	267	39,5	684	187	29,2	682	83	12,1	684
Non renseigné	2 330	77,7	2 816	1 119	37,6	2 813	200	7,3	2 820	280	9,3	2 820
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)												
Oui	1 733	92,5	1 856	712	39,0	1 852	560	31,7	1 852	202	11,3	1 854
Non	8 742	78,5	10 413	4 344	39,3	10 391	561	5,3	10 428	1 146	10,5	10 423
Limitations d'activité												
Fortement limité	564	89,8	620	224	35,9	619	169	28,9	619	70	11,1	621
Limité, mais pas fortement	1 371	92,5	1 458	650	44,4	1 454	271	19,5	1 458	173	11,9	1 459
Pas limité du tout	6 114	78,5	7 263	3 039	39,4	7 243	471	6,3	7 269	816	10,8	7 263
Non renseigné	2 426	77,9	2 928	1 143	37,0	2 927	210	7,4	2 934	289	9,2	2 934
Catégorie socioprofessionnelle												
Agriculteurs	259	80,8	326	117	36,2	326	48	15,7	323	23	7,6	326
Artisans, commerçants	449	77,0	572	233	40,0	570	91	16,5	571	49	9,2	571
Cadres et prof. intellectuelles	872	76,3	1 079	503	43,1	1 078	169	14,4	1 085	195	16,8	1 084
Professions intermédiaires	1 311	81,7	1 502	714	44,6	1 491	181	11,0	1 497	233	14,0	1 501
Employés	2 171	87,1	2 413	1 117	44,5	2 407	237	9,6	2 415	319	12,6	2 412
Ouvriers	2 064	76,5	2 434	857	31,6	2 433	307	11,5	2 436	175	6,5	2 436
Inactifs n'ayant jamais travaillé	3 349	79,9	3 943	1 515	37,0	3 938	88	2,0	3 953	354	8,6	3 947
Statut par rapport à l'emploi												
Actifs	3 978	77,4	4 794	2 123	40,8	4 782	321	6,0	4 802	559	10,8	4 803
Retraités	2 041	89,1	2 233	905	39,8	2 228	602	26,4	2 227	302	13,4	2 231
Chômeurs	673	75,2	810	312	36,6	806	51	5,8	809	85	8,8	807
Inactifs	840	82,4	963	359	34,2	961	110	12,6	963	100	10,5	963
Etudiants	2 534	78,2	3 032	1 339	42,7	3 030	30	0,9	3 042	279	8,9	3 037
Autres	409	91,6	437	18	3,9	436	7	1,4	437	23	4,8	436
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)												
Sans complémentaire santé (CS)	282	58,1	418	109	22,1	417	36	6,6	421	20	3,9	421
Bénéficiaires de la CMU-C	1 685	85,9	1 867	665	32,8	1 860	81	3,9	1 865	164	8,2	1 863
Bénéficiaires d'une CS privée	8 412	81,2	9 871	4 233	40,5	9 855	1 001	9,6	9 881	1 153	11,1	9 882
Non renseigné	68	174,7	72	32	80,5	68	2	6,9	72	6	12,4	68
Total	10 475	80,5	12 269	5 056	39,3	12 243	1 121	9,1	12 280	1 348	10,6	12 277

Suite du tableau page suivante

Tableau 13b Avoir recouru au moins une fois aux soins ambulatoires selon les caractéristiques individuelles

	Ophtalmologie			Gynécologie-obstétrique			ORL			Psychiatrie		
	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.	Recours Eff.	% pond.	Total Eff.
Sexe												
Hommes	1 485	22,5	5 939	15	0,2	5 957	407	6,3	5 949	106	1,6	5 956
Femmes	1 924	30,1	6 318	1 808	29,7	6 329	469	7,3	6 333	198	3,1	6 333
Age												
Moins de 16 ans	575	19,7	2 785	5	0,2	2 789	219	7,8	2 788	35	1,3	2 789
16 à 25 ans	213	17,0	1 186	177	16,3	1 186	44	3,0	1 188	19	1,8	1 188
26 à 45 ans	686	19,2	3 208	886	27,2	3 212	181	5,1	3 211	102	2,6	3 214
46 à 60 ans	871	30,0	2 698	526	19,5	2 702	190	6,7	2 700	100	3,8	2 700
61 à 75 ans	671	41,5	1 561	204	13,4	1 574	137	8,5	1 573	34	2,2	1 575
Plus de 75 ans	393	47,6	819	25	3,3	823	105	12,5	822	14	1,5	823
Santé perçue												
Très bonne	537	18,4	2 700	359	14,2	2 705	142	4,8	2 706	45	1,7	2 706
Bonne	1 144	26,9	3 980	720	18,6	3 991	239	5,7	3 990	85	2,0	3 993
Assez bonne	759	36,8	2 077	330	16,4	2 085	202	9,8	2 086	81	3,8	2 086
Mauvaise/très mauvaise	245	36,6	683	92	13,1	683	84	12,9	683	39	5,4	682
Non renseigné	724	23,9	2 817	322	11,7	2 822	209	7,0	2 817	54	1,9	2 822
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)												
Oui	734	40,5	1 850	222	12,3	1 857	191	10,8	1 856	79	4,1	1 857
Non	2 675	24,1	10 407	1 601	15,9	10 429	685	6,1	10 426	225	2,1	10 432
Limitations d'activité												
Fortement limité	227	38,0	619	69	11,8	620	69	12,2	620	27	4,2	620
Limité, mais pas fortement	536	37,1	1 454	240	17,4	1 461	145	10,1	1 460	63	4,0	1 459
Pas limité du tout	1 903	24,5	7 254	1 184	16,8	7 269	443	5,7	7 271	158	2,1	7 274
Non renseigné	743	23,8	2 930	330	11,6	2 936	219	6,9	2 931	56	1,9	2 936
Catégorie socioprofessionnelle												
Agriculteurs	109	32,5	325	16	5,6	325	26	7,5	326	2	0,7	326
Artisans, commerçants	171	30,0	570	60	11,5	572	37	6,1	572	8	1,2	572
Cadres et prof. intellectuelles	376	31,7	1 078	176	16,5	1 085	93	8,1	1 083	46	4,0	1 084
Professions intermédiaires	512	31,3	1 494	392	26,3	1 501	106	6,7	1 499	59	3,5	1 501
Employés	756	29,7	2 413	816	33,6	2 417	198	7,9	2 416	95	3,5	2 415
Ouvriers	646	23,4	2 432	200	7,4	2 434	136	4,8	2 436	39	1,3	2 438
Inactifs n'ayant jamais travaillé	839	20,5	3 945	163	3,2	3 952	280	7,1	3 950	55	1,5	3 953
Statut par rapport à l'emploi												
Actifs	1 248	23,2	4 793	1 134	24,1	4 801	293	5,6	4 802	143	2,7	4 802
Retraités	988	43,3	2 218	206	9,7	2 234	224	9,7	2 231	41	1,8	2 235
Chômeurs	174	19,0	809	153	19,7	809	34	3,4	810	34	3,7	810
Inactifs	284	29,1	963	263	24,1	963	74	7,8	961	36	4,1	963
Etudiants	656	20,4	3 038	67	2,2	3 042	209	6,7	3 042	46	1,6	3 042
Autres	59	14,9	436	0	0,0	437	42	9,7	436	4	0,8	437
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)												
Sans complémentaire santé (CS)	61	11,9	419	29	6,4	420	16	2,8	421	3	0,8	421
Bénéficiaires de la CMU-C	400	20,6	1 866	224	12,3	1 866	121	5,9	1 867	47	2,4	1 866
Bénéficiaires d'une CS privée	2 927	27,6	9 860	1 561	16,1	9 887	728	7,0	9 881	250	2,4	9 890
Non renseigné	12	31,9	72	2	6,2	72	4	5,9	72	6	17,1	72
Total	3 409	26,4	12 257	1 823	15,4	12 286	876	6,8	12 282	304	2,4	12 289

Source : ESPS 2010.

91 % de recours en médecine générale contre 74 % pour ceux se déclarant en très bonne santé) et ceux en ALD (93 % de recours en médecine générale contre 79 %). Enfin, le recours au gynécologue-obstétricien est moindre chez les agriculteurs, les ouvriers et les artisans-commerçants, professions plus souvent masculines.

5.5.2. Les distances parcourues en cas de recours

Les distances totales parcourues

En moyenne, la distance parcourue par les patients pour consulter un médecin omnipraticien est de 7,5 minutes et de 10,9 minutes pour un contact avec un chirurgien-dentiste [Tableau 14]. Elle varie de 17 à 22 minutes pour les consultations auprès d'un médecin spécialiste. Ces moyennes masquent une très forte variabilité : pour les consultations auprès des médecins généralistes, par exemple, plus de la moitié (53 %) est réalisée dans la commune de résidence des patients (correspondant à 0 minutes) et près de 5 % le sont à 28 minutes ou plus de leur commune [Tableau 14]. Si pour les spécialistes, la distance médiane parcourue par les patients gravite autour de 15 minutes, 10 % des consultations ont nécessité une distance de 39 minutes ou plus pour la cardiologie, plus de 40 minutes pour la dermatologie, de 43 minutes pour la gynécologie, de 46 minutes pour l'ophtalmologie et 48 minutes pour l'ORL et la psychiatrie [Tableau 14].

Tableau 14 Distribution des contacts médicaux selon la distance totale parcourue (en minutes) et selon le type de professionnels de santé consultés en ville

	Effectif	Moyenne	P25	P50	P75	P90	P95	P99
Spécialités								
Médecine générale	52 880	7,5	0,0	0,0	10,5	20,5	28,5	65,0
Chirurgie dentaire	13 268	10,9	0,0	7,0	16,0	26,0	36,0	79,0
Cardiologie	2 049	17,6	0,0	14,5	25,5	39,0	49,5	83,0
Dermatologie	2 252	18,3	0,0	13,5	25,5	40,5	56,0	106,5
Ophtalmologie	4 894	21,8	5,5	16,5	30,0	46,0	65,5	118,5
Gynécologie-obstétrique	3 949	21,2	7,5	18,0	29,5	43,5	55,0	96,5
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	1 479	20,4	0,0	16,5	28,5	47,5	60,5	94,5
Psychiatrie	2 052	20,3	3,5	16,5	28,0	48,0	69,5	76,5

Source : ESPS 2010.

Le tableau 15 présente les fréquences de distances parcourues selon 8 classes (contact effectué au sein de la commune de résidence, en dehors de la commune de résidence et à moins de 5 minutes de la commune de résidence, entre 5 et 9 minutes de la commune de résidence, entre 10 et 29 minutes, entre 30 et 59 minutes, entre 1 heure et moins de 2 heures et enfin 2 heures ou plus). La part des consultations réalisées dans la commune de résidence des patients est plus élevée pour les professionnels de santé de premiers recours : de l'ordre de 53 % pour les omnipraticiens et de 40 % pour les chirurgiens-dentistes, mais respectivement 17 % et 26 % ont lieu dans une commune située à plus de 15 minutes de la commune de résidence. Pour les spécialités étudiées, la part de consultations réalisées dans la commune de résidence des patients est beaucoup plus faible que pour les soins de premiers recours, entre 21 et 27 %⁹, tandis que les consultations réalisées dans une commune située à plus de

⁹ Ces chiffres sont inférieurs aux résultats publiés par la Drees (Barlet *et al.*, 2012c), de l'ordre de 7 points pour les ophtalmologues et de 10 points pour les gynécologues-obstétriciens par exemple. Ces écarts peuvent provenir de la sous-représentation, dans l'enquête ESPS, de la population vivant dans les grands pôles, très bien équipés en offre de soins spécialisés.

15 minutes de la commune de résidence concernent en général plus de la moitié des contacts. Ces premiers constats s'expliquent naturellement par la moindre couverture du territoire par les spécialistes, moins nombreux que les professionnels de premiers recours. En effet, alors que 84 % de la population française dispose d'un omnipraticien dans sa commune de résidence, moins de 50 % ont accès dans leur commune de résidence à un gynécologue-obstétricien, un ophtalmologue ou un psychiatre (Coldefy *et al.*, 2011).

Tableau 15 Répartition des consultations de professionnels de santé libéraux en ville selon la distance totale parcourue (en minutes) par le patient (en %)

		Médecine générale		Chirurgie dentaire		Cardiologie		Dermatologie	
		Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.
Distance parcourue par le patient (en minutes)									
Dans la commune de résidence		29 110	52,9	54 96	39,9	570	26,9	653	27,0
Distance parcourue en dehors de la commune de résidence	Moins de 5 minutes	2 115	4,1	436	3,6	35	1,9	32	1,4
	5 à 9 minutes	7 965	15,5	1 882	14,5	174	8,4	204	8,2
	10 à 14 minutes	5 429	10,8	1 937	14,7	262	13,1	345	16,5
	15 à 29 minutes	5 945	12,1	2 575	19,9	625	30,5	606	27,8
	30 à 59 minutes	1 735	3,5	737	5,8	318	16,2	334	15,6
	1 à 2 heures	457	0,9	159	1,4	57	2,8	61	2,8
	Plus de 2 heures	124	0,3	46	0,3	8	0,3	17	0,7
Total		52 880	100	13 268	100	2 049	100	2 252	100

		Ophtalmologie		Gynécologie-obstétrique		ORL		Psychiatrie	
		Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.
Distance parcourue par le patient (en minutes)									
Dans la commune de résidence		1 245	23,8	900	21,1	404	26,1	581	24,4
Distance parcourue en dehors de la commune de résidence	Moins de 5 minutes	28	0,6	29	0,6	18	1,0	23	1,2
	5 à 9 minutes	332	6,6	333	7,9	118	7,9	191	10,3
	10 à 14 minutes	670	14,0	495	12,2	146	10,7	212	11,3
	15 à 29 minutes	1 443	29,7	1 266	34,0	418	30,1	582	29,0
	30 à 59 minutes	8 98	19,1	765	19,9	292	18,7	368	18,1
	1 à 2 heures	240	5,3	147	3,8	75	4,9	93	5,6
	Plus de 2 heures	38	0,9	14	0,4	8	0,6	2	0,1
Total		4 894	100	3 949	100	1 479	100	2 052	100

Source : ESPS 2010.

Le recours au professionnel de santé le plus proche et les distances supplémentaires

La distance parcourue peut être décomposée en deux indicateurs partiels que sont la distance au professionnel concerné le plus proche et la distance supplémentaire parcourue par rapport à celle-ci. Il est intéressant d'étudier ces deux indicateurs puisque la distance au professionnel de santé le plus proche correspond à une distance qui s'impose au patient pour recourir à l'offre de soins recherchée¹⁰. Dans le cas où l'offre de soins la plus proche est effectivement présente et disponible, la distance supplémentaire reflète la distance volontairement parcourue par les patients afin de réaliser leurs préférences en matière de recours

¹⁰ En supposant que l'offre consultée est bien celle que le patient recherchait et qu'il n'y a pas de substitution entre type de professionnels, par manque d'offre par exemple.

aux soins. En revanche, si l'offre de soins la plus proche n'est pas disponible, la distance supplémentaire peut alors refléter en partie des contraintes territoriales d'accès aux soins.

Le graphique 1 présente, par spécialité, la décomposition de la distance totale moyenne parcourue en une distance minimale (c'est-à-dire au plus proche) moyenne et une distance supplémentaire moyenne. Il met ainsi en évidence que pour une distance totale moyenne de 7,5 minutes pour recourir à un médecin généraliste, 1 minute correspond à la distance minimale et 6,5 minutes (soit 87 % de la distance totale) correspondent à des distances supplémentaires, c'est-à-dire effectuées au-delà du temps nécessaire pour recourir au médecin généraliste le plus proche. Les distances supplémentaires moyennes s'élèvent à 9,1 minutes pour la chirurgie-dentaire, soit 83 % de la distance totale. La part des distances supplémentaires comparativement à la distance totale parcourue est en revanche significativement plus faible pour les spécialités (46 % en ORL et en cardiologie ; 51 % en dermatologie, 59 % en gynécologie et en ophtalmologie, 66 % en psychiatrie) qui présentent en revanche des distances d'accès minimales en moyenne bien plus élevées qu'en médecine générale et en chirurgie-dentaire.

Les distances supplémentaires représentent donc une part relativement importante des distances parcourues. De fait, un certain nombre de contacts ne sont pas réalisés dans la commune où exerce le professionnel de santé le plus proche [Tableau 16] : 59 % des consultations de médecins généralistes ont été réalisées dans la commune équipée la plus proche. Le taux de consultations effectuées « au plus proche » concerne respectivement 55 %, 53 %, 52 % et 48 % des recours en cardiologie, ORL et dermatologie et en chirurgie dentaire. Il est encore plus faible pour l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie : respectivement 44 %, 42 % et 39 %.

Graphique 1 Décomposition de la distance totale moyenne parcourue selon la distance minimale et la distance supplémentaire (en minutes) par spécialité consultée en ville

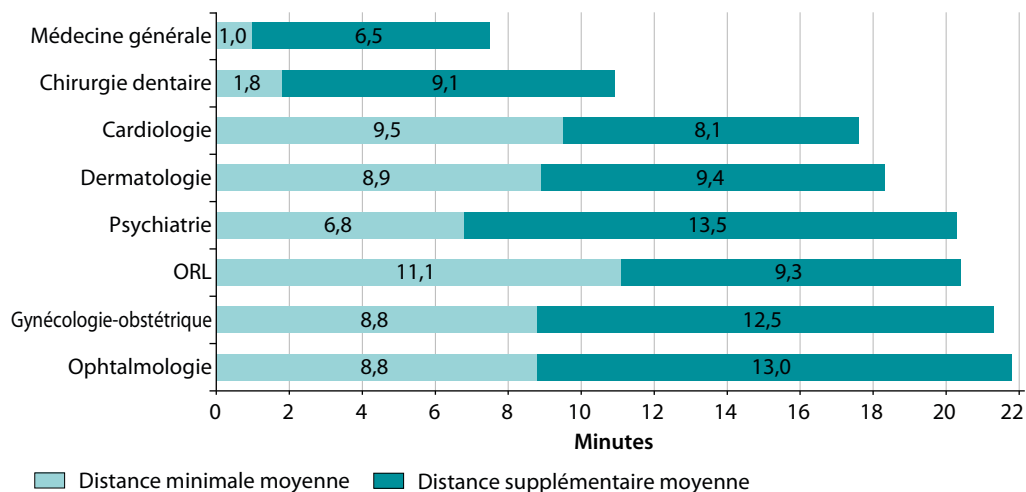


Tableau 16 Proportion de recours aux soins ambulatoires effectués au plus proche, par spécialité

Spécialités	Nombre total de recours	% de recours au plus proche
Médecine générale	52 880	59,3
Cardiologie	2 049	54,8
Dermatologie	2 252	52,4
Gynécologie-obstétrique	3 949	42,1
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	1 479	53,4
Ophthalmologie	4 894	43,8
Chirurgie dentaire	13 268	48,3
Psychiatrie	2 052	38,5

Source : ESPS 2010.

5.5.3. Les distances parcourues en fonction de l'accessibilité territoriale à l'offre de soins

Les analyses suivantes permettent d'étudier les distances totales parcourues par les patients, le fait de recourir aux soins les plus proches et les distances supplémentaires selon les 3 indicateurs qui permettent d'appréhender l'accessibilité territoriale aux soins : la distance au professionnel de santé le plus proche, l'APL et la caractérisation du type d'espace.

Selon la distance au professionnel de santé le plus proche

L'analyse de la distance totale parcourue, du fait de recourir « au plus proche » et des distances supplémentaires parcourues par les patients n'ayant pas été au plus proche, est présentée dans le tableau 17.

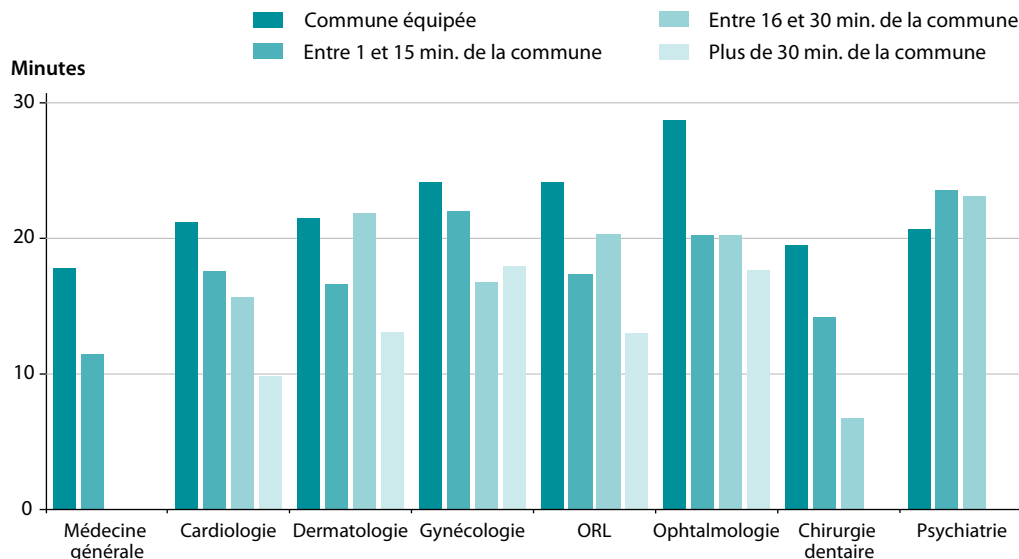
De façon logique, la distance totale parcourue par les patients est d'autant plus élevée que l'offre de soins la plus proche est éloignée. A l'inverse, la proportion de consultations effectuées « au plus proche » est toujours plus importante lorsque le patient réside dans une commune équipée. Ainsi, par exemple, 65 % des consultations des patients qui résident dans une commune équipée en médecine générale ont été effectuées au plus proche (c'est-à-dire dans la commune de résidence du patient) contre seulement 36 % des consultations des patients qui résident dans une commune qui se situe entre 1 et 15 minutes de la commune d'exercice du médecin généraliste le plus proche. Les patients pour lesquels le médecin le plus proche est éloigné de leur commune de résidence parcourent donc plus souvent des suppléments de distances. En revanche, lorsqu'ils ne recourent pas au plus proche, la distance supplémentaire que ces patients effectuent est en moyenne plus faible que celle qu'effectuent ceux qui résident au sein d'une commune équipée : elle s'élève à 12 minutes en moyenne (7 minutes pour la médiane) lorsque le médecin généraliste le plus proche se situe entre 1 et 15 minutes de la commune de résidence du patient, contre 18 minutes en moyenne (13 pour la médiane) lorsque le patient réside dans une commune équipée. Le fait que la distance supplémentaire parcourue diminue lorsque la distance à l'offre la plus proche augmente s'observe pour toutes les spécialités étudiées (graphique 2 pour les minutes supplémentaires médianes).

Tableau 17 Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon la distance au service le plus proche

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires					
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	
Distance au service le plus proche												
Médecine générale												
Commune équipée	6,3	0	19,5	27,5	43 957	64,6	17,8	13	33	45	14 847	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	12,9	9	23,5	36,5	8 907	35,7	11,5	7	24	37,5	5 696
	16 à 30 minutes	---	---	---	---	16	0,0	---	---	---	---	16
Cardiologie												
Commune équipée	8,1	0	24,5	36,5	930	61,6	21,2	16	41,5	60	360	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	18,5	13,5	33,5	45,5	567	52,1	17,6	11,5	35	50,5	277
	16 à 30 minutes	29,2	25	45	55	457	48,7	15,7	12	34	43	239
	Plus de 30 minutes	41,4	36	52	71,5	95	39,1	9,9	7,5	24	28,5	60
Dermatologie												
Commune équipée	8,7	0	24,5	37,5	1 073	59,3	21,5	17,5	40,5	56,5	420	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	17,8	13	36,5	45	627	53,0	16,6	12,5	37	48	298
	16 à 30 minutes	34,3	26,5	58	93	467	40,0	21,9	10	63	93	269
	Plus de 30 minutes	44,2	37,5	63,5	86	85	36,0	13,1	8	30	68	53
Gynécologie obstétrique												
Commune équipée	12,7	6,5	33	47	1 837	47,3	24,1	18	46,5	55	937	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	23,9	18,5	46	58,5	1 131	35,7	22,0	15,5	41	64,5	714
	16 à 30 minutes	30,8	26	46	69,5	843	40,9	16,8	10	40	69,5	496
	Plus de 30 minutes	46,4	40,5	68	91	138	37,6	18,0	10,5	55	60,5	93
Oto-rhino-laryngologie (ORL)												
Commune équipée	9,0	0	29,5	47	614	62,9	24,2	15	52,5	60,5	210	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	20,9	15	39,5	55	360	40,1	17,4	10	38,5	50,5	205
	16 à 30 minutes	31,0	24,5	52	66	394	55,6	20,3	13	49	60	177
	Plus de 30 minutes	45,8	42	63	67,5	111	34,2	13,0	8	29,5	41,5	72
Ophtalmologie												
Commune équipée	13,0	0	37,5	56	2 196	54,9	28,7	18,5	57	102,5	951	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	23,1	16	43,5	57,5	1 533	35,4	20,3	15	41	54	982
	16 à 30 minutes	33,6	26,5	60,5	74	1 023	35,8	20,2	12	52	66,5	645
	Plus de 30 minutes	50,5	41,5	83	118,5	142	30,9	17,7	8,5	49	85,5	98
Chirurgie dentaire												
Commune équipée	8,9	0	24,5	34,5	10 003	54,1	19,5	14,5	36	48	4 507	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	16,3	12	28,5	38,5	3 182	32,2	14,2	9,5	28	41	2 161
	16 à 30 minutes	22,9	21,5	33	34,5	83	15,2	6,8	5	16,5	16,5	61
Psychiatrie												
Commune équipée	11,8	7,5	32	43,5	1 174	43,0	20,7	18,5	43,5	49	593	
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	28,5	23,5	70,5	76,5	509	22,8	23,5	16	59	67	385
	16 à 30 minutes	34,7	29,5	55	69,5	350	44,3	23,1	20	49,5	65	202
	Plus de 30 minutes	---	---	---	---	19	---	---	---	---	---	8

Source : ESPS 2010.

Graphique 2 Distances supplémentaires médianes selon la distance au professionnel de santé en ville le plus proche



Selon l'APL

Là encore, à mesure que l'accessibilité aux soins se réduit, c'est-à-dire à mesure que le niveau de l'APL décroît, la distance totale parcourue par les patients s'élève et le taux de recours au professionnel de santé le plus proche diminue. Ce résultat se retrouve pour l'ensemble des spécialités [Tableau 18].

Pour les recours n'ayant pas eu lieu dans la commune équipée la plus proche, la distance supplémentaire selon le niveau de l'APL varie selon les spécialités. Pour certains spécialistes (comme les ophtalmologues et les ORL), la distance supplémentaire parcourue par les patients est globalement plus élevée pour les individus qui résident dans les communes à faible APL. Cela peut traduire la nécessité de parcourir des distances élevées lorsque les médecins sont peu disponibles. Notons cependant que pour les généralistes et les chirurgiens-dentistes, la distance supplémentaire médiane est moins élevée lorsque l'APL est faible. La modélisation « toutes choses égales par ailleurs » permettra d'étudier plus finement le lien entre APL et distances parcourues en éliminant les biais potentiels de confusion.

Selon la caractérisation du type d'espace

A l'aune du découpage des communes selon le type d'espace dans lequel résident les patients, on constate des différences importantes de distances parcourues selon qu'ils résident ou non dans un grand pôle [Tableau 19]. Les distances totales parcourues par les patients sont en effet plus importantes pour les habitants des communes rurales en couronne des grands pôles ainsi que pour ceux des communes isolées de l'influence d'un pôle. C'est au sein des communes des grands pôles que les distances totales parcourues par les patients sont les plus faibles et le taux de recours au professionnel de santé le plus proche le plus élevé. Cela reflète le meilleur équipement des grands pôles en professionnels de santé (Coldefy *et al.*, 2011). Là encore, pour les omnipraticiens, les distances supplémentaires parcourues par les patients qui n'ont pas recouru au plus proche sont plus faibles pour les patients qui résident dans des communes isolées hors de l'influence d'un pôle ou dans une commune rurale en couronne d'un grand pôle. Cette analyse est moins évidente pour les recours aux soins de spécialistes du fait notamment de la faiblesse des effectifs.

Tableau 18 Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon l'APL

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Accessibilité potentielle localisée (APL)											
Médecine générale											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	4,3	0	13,5	24	5 781	78,6	19,4	11,5	39,0	64,5	1 200
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	6,6	0	20,0	27,5	36 539	63,0	17,0	12	31,5	43,5	13 009
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	10,9	8	22,5	34	8 876	40,6	13,6	9,5	28,5	40,5	5 198
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	16,8	13	28,0	42	1 684	29,0	12,8	9	24,0	37	1 152
Cardiologie											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	9,7	7	25	32	937	57,4	16,8	13,5	31,5	41,5	396
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	18,5	17,5	35,5	45	692	54,2	17,4	11,5	34,5	49	325
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	28,4	24,5	47,5	62	259	56,6	21,7	14	48,5	85	118
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	38,6	35	60	68,5	161	40,7	19,5	14,5	52	60	97
Dermatologie											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	9,7	7,5	24,5	30	1 102	60,7	17,2	14	30,5	36	432
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	20,4	18	40,5	53,5	728	42,9	18,1	12	40,5	55	393
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	33,5	26	58	88	313	50,2	28,6	18,5	65,5	99	150
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	46,1	36,5	82,5	97	109	38,6	25,2	10	68	69	65
Gynécologie obstétrique											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	12,3	9,5	27,5	34,5	1 742	47,2	19,2	14,5	32	45,5	902
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	25,5	22,5	47	71,5	1 432	38,0	24,8	19	54,5	72,5	858
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	28,7	27,5	46	55	563	39,4	18,3	15,5	40,5	49,5	341
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	43,7	36,5	65,5	91	212	37,1	23,2	17	57,5	66	139
Oto-rhino-laryngologie (ORL)											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	10,5	5	24,5	44,5	590	57,3	18,9	10	45	54,5	226
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	21,1	19	43,5	60,5	542	53,5	20,8	14	50,5	60,5	255
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	31,4	28	52	70,5	216	55,6	21,2	13,5	49	60	92
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	45,0	47	62	70,5	131	30,7	19,4	20,5	33	59,5	91
Ophtalmologie											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	13,1	9,5	30	45,5	1 725	55,4	23,3	15	48,5	91,5	738
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	20,6	17,5	42	57	2 044	39,9	20,9	15	44	61,5	1 206
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	32,9	27,5	57	78	856	36,1	26,8	21	57	86,5	536
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	48,3	43	72,5	97	269	25,0	25,3	19	52	78	196
Chirurgie dentaire											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	7,8	0	23,5	32,5	6 326	62,3	20,5	15	36,5	52	2 324
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	11,2	8,5	25,5	34,5	4 611	39,9	16,6	13	31	41	2 724
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	16,1	12	28,5	38,5	1 478	30,1	15	11	29,5	41,5	1 052
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	22,1	17	36	60,5	853	23,7	15,9	9,5	36,5	60,5	629
Psychiatrie											
APL la plus élevée \geq double de la moyenne nationale	14,6	13	32	43,5	1 313	37,2	18,7	14	40,5	43,5	747
APL élevée \geq Moyenne nationale et $<$ Double	26,4	23	70,5	76,5	507	44,3	27,8	20	67	67	280
APL faible $<$ Moyenne nationale et \geq Moitié	39,8	34	69,5	87	183	35,0	32	32,5	59,5	65	123
APL la plus faible $<$ Moitié de la moyenne nationale	---	---	---	---	49	---	---	---	---	---	38

Source : ESPS 2010.

Tableau 19 Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon le type d'espace

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires					
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	
Zonage en aires urbaines												
Médecine générale												
	de grand pôle	5,8	0	18	26	28 509	67,8	17,9	13	31,5	43	8 758
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	8,2	0	23,5	32,5	6 226	55,9	17,8	13	33,5	45,5	2 667
	: rurale en couronne de grand pôle	11,4	8	23,5	32,5	7 413	34,9	12,3	8	24,5	34,5	4 804
	: de petit ou moyen pôle	6,6	0	23	34,5	4 111	69,6	20,4	13	45,5	53,5	1 207
	: en couronne de petit ou moyen pôle	9,2	6,5	20	30,5	3 790	47,7	12,0	7,5	28,5	41	1 905
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	9,5	6	21	39,5	2 831	58,0	16,3	9	36,5	51	1 218
Cardiologie												
	de grand pôle	10,8	8	26	37,5	1 186	58,8	18,3	14	37,5	49	501
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	22,2	22,5	37,5	45,5	235	39,7	14,0	10,5	30,5	33	145
	: rurale en couronne de grand pôle	26,0	20,5	45	59	264	54,6	19,7	12,5	36	81	120
	: de petit ou moyen pôle	24,7	26	60	60	120	54,9	23,4	15	60	60	52
	: en couronne de petit ou moyen pôle	27,4	26,5	47	55,5	142	56,9	18,1	15,5	42,5	60,5	59
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	35,3	32	50,5	72	102	44,5	15,9	12	27,5	48,5	59
Dermatologie												
	de grand pôle	11,5	8	28	43,5	1 390	59,4	19,3	13,5	39,5	56,5	559
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	24,0	22	44	50	246	35,7	18,6	15,5	40	40,5	151
	: rurale en couronne de grand pôle	27,4	24,5	41	62	277	41,3	15,6	9,5	51,5	63	161
	: de petit ou moyen pôle	25,0	24,5	45	52,5	152	46,4	22,4	24,5	33,5	62,5	76
	: en couronne de petit ou moyen pôle	27,1	25,5	53,5	53,5	97	53,8	---	---	---	---	42
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	49,4	37	93	140,5	90	40,8	41,1	40,5	118	118	51
Gynécologie obstétrique												
	de grand pôle	14,3	11	32	47	2 273	46,0	21,3	15	40,5	55,5	1 186
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	26,1	25	41	48,5	503	29,7	18,4	13	40	44	358
	: rurale en couronne de grand pôle	31,0	25,5	50,5	86,5	490	39,1	21,2	15	55	77	293
	: de petit ou moyen pôle	29,6	27,5	51	67,5	294	43,6	29,6	27	57,5	109	168
	: en couronne de petit ou moyen pôle	30,9	28,5	52	58,5	226	38,5	22,5	23,5	36	48,5	142
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	39,1	30	65,5	86,5	163	44,7	23,5	16,5	58,5	66	93
Oto-rhino-laryngologie (ORL)												
	de grand pôle	12,4	8,5	29,5	43,5	871	55,2	18,3	10	43,5	54,5	371
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	28,6	24,5	51,5	62	179	41,4	19,6	11	49,5	50,5	103
	: rurale en couronne de grand pôle	27,7	20,5	52	70,5	166	65,4	24,9	17	60	60	53
	: de petit ou moyen pôle	35,5	34,5	60,5	75	122	44,5	25,9	20,5	51	65,5	64
	: en couronne de petit ou moyen pôle	32,6	28,5	58	63	66	40,9	---	---	---	---	39
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	40,8	35,5	63	75,5	75	57,4	---	---	---	---	34
Ophtalmologie												
	de grand pôle	14,5	9,5	36	54	2 607	51,9	24,1	15,5	52	89	1 216
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	23,8	21	43	48,5	595	29,1	17,3	13	34,5	46,5	414
	: rurale en couronne de grand pôle	28,3	23	47,5	67	722	36,8	19,5	12,5	44,5	63,5	446
	: de petit ou moyen pôle	31,4	28	63,5	88	349	36,7	31,7	26	63,5	102,5	216
	: en couronne de petit ou moyen pôle	33,1	27	69	69	361	42,7	28,9	23,5	53	58	208
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	39,7	35	64,5	83	260	31,5	22,8	16,5	44,5	66,5	176
Chirurgie dentaire												
	de grand pôle	8,3	0	22	32	7 106	55,3	18,1	14	32,5	45,5	3 067
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	10,6	7	25	34	1 611	45,4	17,7	14,5	32	45	885
	: rurale en couronne de grand pôle	16,4	13	29,5	38,5	1 914	28,0	14,7	10,5	28,5	40,5	1 368
	: de petit ou moyen pôle	11,5	0	31	44	1 109	58,8	26,0	21,5	45	64	488
	: en couronne de petit ou moyen pôle	13,1	10	25,5	38,5	892	42,4	14,2	9	31,5	56	529
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	17,6	12,5	34	57,5	636	36,7	19,2	12	40,5	63	392
Psychiatrie												
	de grand pôle	12,8	8,5	31,5	43,5	1 371	44,2	19,8	14	43,5	49	682
Commune	: urbaine en couronne de grand pôle	36,4	30	74,5	76,5	318	21,2	27,0	20	67	67	255
	: rurale en couronne de grand pôle	31,3	26,5	70,5	70,5	213	23,9	21,8	12,5	59	59	168
	: de petit ou moyen pôle	32,2	30	39	62,5	66	46,8	---	---	---	---	34
	: en couronne de petit ou moyen pôle	30,3	26,5	55	75	58	44,5	---	---	---	---	39
	: isolée hors de l'influence d'un pôle	---	---	---	---	26	---	---	---	---	---	10

Source : ESPS 2010.

5.5.4. Analyse des distances parcourues selon les caractéristiques individuelles des patients

Selon le sexe et l'âge

Les distances parcourues par les hommes et les femmes sont en moyenne très proches pour l'ensemble des spécialités à l'exception de la psychiatrie pour laquelle les femmes mettent en moyenne 23 minutes de trajet pour recourir aux soins contre 15 minutes pour les hommes [Tableau 20]. La propension à recourir au plus proche pour les hommes et les femmes varie selon le type de professionnel consulté, les hommes le faisant davantage pour les soins de médecine générale, la dermatologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie, tandis que les femmes semblent privilégier davantage la proximité pour les soins de cardiologie, d'ORL et de chirurgie dentaire. L'analyse descriptive univariée ne permet pas de dégager des tendances précises selon le sexe et appellent à prolonger l'analyse par des croisements avec l'activité et l'âge des hommes et des femmes.

Les distances parcourues selon l'âge sont difficiles à interpréter [Tableau 20]. En effet, selon les spécialités, les tranches d'âge les plus mobiles ne sont pas les mêmes. Outre le fait que pour une même spécialité, les pathologies peuvent être bien distinctes selon l'âge et réclamer parfois l'intervention d'un « hyper » spécialiste, cette variabilité recouvre aussi la présence de facteurs de confusion qui seront étudiés dans le modèle explicatif. En revanche, en ce qui concerne le fait de recourir au plus proche, il est intéressant de noter que les individus âgés de 25 à 60 ans, en période d'activité professionnelle avec un lieu de travail plus ou moins éloigné du domicile, recourent moins souvent à la commune équipée la plus proche de leur résidence que la population des autres tranches d'âge, les plus âgés étant souvent les moins mobiles. Pour l'accès au gynécologue-obstétricien selon l'âge, une grande partie du recours au plus proche est liée à la période d'activité génitale et des besoins particuliers des femmes parturientes qu'on devrait retrouver à l'analyse du recours aux soins hospitaliers.

Selon la catégorie socioprofessionnelle et le statut d'occupation

Concernant le statut d'emploi, ce sont les actifs occupés qui parcourent les distances totales les plus élevées [Tableau 21]. Pour les recours effectués en médecine générale par exemple, les actifs ont mis 9 minutes en moyenne pour recourir aux soins contre 6 minutes pour les retraités. Les actifs recourent également moins fréquemment au service le plus proche : pour la dermatologie notamment, 49 % des consultations des actifs ont été réalisées dans la commune équipée la plus proche contre respectivement 56 %, 53 % et 57 % des consultations des inactifs n'ayant jamais travaillé, des retraités et des chômeurs [Tableau 21]. Cette tendance s'observe également sur les distances supplémentaires pour certaines spécialités (médecine générale, cardiologie, ORL, chirurgie dentaire) avec toutefois des écarts peu importants. Ces derniers résultats sont à interpréter avec précaution du fait des effectifs parfois faibles et de leur corrélation avec d'autres caractéristiques individuelles, notamment l'état de santé.

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, ce sont les agriculteurs ainsi que les cadres et les professions intellectuelles qui parcourent en moyenne les plus grandes distances pour recourir aux soins de médecine générale et aux soins de chirurgie dentaire. Pour ces soins, les agriculteurs sont également ceux qui ont les plus faibles taux de recours au professionnel de santé le plus proche. Ils parcourent donc plus souvent des distances supplémentaires. En revanche, quand ils parcourent des distances supplémentaires, ces dernières sont en moyenne plus faibles que pour les autres catégories socioprofessionnelles. Notons que lorsque les recours aux soins de spécialistes des agriculteurs sont suffisamment nombreux pour être observés, ces derniers sont également ceux qui parcourent les distances les plus élevées pour recourir aux soins de spécialistes.

Tableau 20a Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon l'âge, le sexe et l'état de santé

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Médecine générale											
Sexe											
Hommes	7,3	0	19,5	28	22 318	60,4	15,7	10,5	31,5	45,5	8 481
Femmes	7,7	0	21	29,5	30 562	58,6	16,2	11,5	31,5	41	12 078
Age											
Moins de 16 ans	7,6	0	20	26	10 309	58,0	15,6	11	26	38	3 949
16 à 25 ans	8,6	0	22,5	33	3 844	59,7	18,8	13	37,5	59,5	1 435
26 à 45 ans	9,0	3	23,5	35	13 004	53,5	17,1	12,5	34	49	5 623
46 à 60 ans	7,7	0	21	29,5	12 262	57,5	15,9	11,5	31,5	39	4 933
61 à 75 ans	6,2	0	17,5	25	8 725	63,6	14,4	10	29,5	39,5	3 194
Plus de 75 ans	5,0	0	14	22	4 736	71,7	14,1	9,5	28,5	42,5	1 425
Santé perçue											
Très bonne	8,1	0	20,5	27	8 490	57,6	16,8	12	27,5	44	3 416
Bonne	7,7	0	21	29,5	15 714	57,8	15,7	11	31,5	39,5	6 195
Assez bonne	7,2	0	21,5	30	12 431	60,1	15,6	11	32,5	40	4 823
Mauvaise/très mauvaise	7,1	0	21	29,5	5 365	63,0	16,9	12	33	49	1 942
Non renseigné	7,3	0	18,5	26,5	10 880	60,4	15,9	10	31	47,5	4 183
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	6,6	0	19,5	27,5	12 265	63,0	15,1	10,5	30	42,5	4 524
Non	7,8	0	21	29,5	40 615	58,2	16,2	11,5	32	42	16 035
Limitations d'activités											
Fortement limité	7,1	0	20,5	29,5	4 418	62,7	16,3	11	34,5	53,5	1 628
Limité mais pas fortement	7,7	0	21,5	30,5	9 154	58,1	15,9	11	32,5	40	3 663
Pas du tout limité	7,6	0	21	28,5	27 862	58,8	16,0	11,5	31	40,5	10 895
Non renseigné	7,2	0	18,5	26,5	11 446	60,5	15,9	10,5	30,5	45,5	4 373
Cardiologie											
Sexe											
Hommes	18,6	16	40,5	53	1 175	52,7	18,4	13	41	54	563
Femmes	16,2	13	37,5	45,5	874	57,5	17,3	14	34,5	45,5	373
Age											
Moins de 16 ans	---	---	---	---	30	---	---	---	---	---	20
16 à 25 ans	---	---	---	---	32	---	---	---	---	---	14
26 à 45 ans	17,9	16	37	56	192	62,9	19,2	13,5	49	49	83
46 à 60 ans	16,6	14,5	40	49,5	546	55,0	16,5	12,5	36	47,5	234
61 à 75 ans	18,8	16	41	53	707	48,9	18,1	14	35	52	367
Plus de 75 ans	16,3	13,5	34	45	542	60,4	17,8	13	34	49,5	218
Santé perçue											
Très bonne	17,9	14,5	41	57	105	53,0	20,9	18	48,5	60	51
Bonne	17,6	15,5	36	43,5	515	54,7	16,4	13,5	28,5	43	236
Assez bonne	16,9	13	40	52	660	60,3	18,4	12,5	41,5	60	269
Mauvaise/très mauvaise	19,0	15,5	44,5	53	385	55,2	20,5	15,5	41,5	60	182
Non renseigné	17,3	14,5	37,5	45,5	384	45,6	16,3	13,5	34,5	43,5	198
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	17,9	15	39,5	50	1 140	54,3	18,0	13,5	34,5	50,5	532
Non	17,1	14,5	39	49,5	909	55,5	17,9	13	41	52	404
Limitations d'activités											
Fortement limité	17,7	15	39	53	329	60,7	19,6	15,5	35	51	136
Limité mais pas fortement	18,3	15	43	50,5	511	58,9	19,7	13,5	42,5	60,5	219
Pas du tout limité	17,3	14,5	38	51	805	53,8	17,4	13	41	50,5	377
Non renseigné	17,0	14	37,5	45,5	404	47,1	16,2	13,5	34,5	43,5	204

Suite du tableau page suivante

Tableau 20b Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon l'âge, le sexe et l'état de santé

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Dermatologie											
Sexe											
Hommes	17,5	13,5	40,5	56,5	887	54,4	18,5	13,5	40,5	48,5	395
Femmes	18,7	13,5	41,5	53,5	1 365	51,2	20,5	14	45	63	645
Age											
Moins de 16 ans	16,2	13	34,5	44,5	332	62,3	17,5	10	51,5	62,5	111
16 à 25 ans	16,8	11	40,5	53,5	249	46,0	16,0	11	30	43,5	140
26 à 45 ans	18,2	14,5	45	53	643	48,7	17,9	14	40,5	44	310
46 à 60 ans	18,7	13,5	39,5	56,5	414	51,8	20,9	14,5	51,5	63	194
61 à 75 ans	17,9	13,5	40,5	50	365	51,9	21,7	19,5	45	55	175
Plus de 75 ans	21,8	13,5	40,5	93	249	57,1	26,0	13,5	97	113,5	110
Santé perçue											
Très bonne	19,4	14	42	58	513	51,2	20,8	16	40,5	62,5	246
Bonne	17,0	12,5	39	52	715	51,5	17,1	11,5	39	55	340
Assez bonne	19,2	16,5	40,5	45	438	48,2	19,7	14	40,5	48	217
Mauvaise/très mauvaise	22,3	16	47,5	63,5	153	58,2	27,8	16	81,5	118	64
Non renseigné	16,5	12	40	56	433	58,2	20,8	13,5	51,5	59,5	173
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	22,0	14	45	86	377	50,5	25,9	16	69	99	183
Non	17,5	13,5	39,5	53,5	1 875	52,8	18,4	13,5	40,5	55	857
Limitations d'activités											
Fortement limité	21,9	17	45,5	63,5	133	57,5	23,5	13	38,5	118	57
Limité mais pas fortement	16,8	13,5	36,5	44	303	60,5	20,5	14	42	74	119
Pas du tout limité	18,8	14	40,5	56,5	1 373	48,9	19,2	13,5	40,5	56	687
Non renseigné	16,5	11,5	40	56	443	57,3	20,5	13,5	51,5	59,5	177
Gynécologie-obstétrique											
Sexe											
Femmes	21,1	18	43,5	55	3 926	42,2	21,4	15,5	42	60,5	2 222
Age											
Moins de 16 ans	---	---	---	---	5	---	---	---	---	---	---
16 à 25 ans	18,9	15,5	39,5	47	436	45,5	21,1	15	40	48	238
26 à 45 ans	21,8	18	46	56	2 402	40,8	22,2	15,5	46	69,5	1 373
46 à 60 ans	20,7	18	42	55	790	40,0	19,2	14	41	53	472
61 à 75 ans	20,4	17	42	49	273	52,8	22,5	17	43,5	66	132
Plus de 75 ans	---	---	---	---	43	---	---	---	---	---	25
Santé perçue											
Très bonne	20,5	17	43,5	53	834	39,2	22,2	15	47	58	480
Bonne	20,4	18,5	41	50,5	1 576	42,7	18,6	15	36,5	50,5	874
Assez bonne	22,1	19	47	68	690	40,2	22,4	16,5	51,5	72,5	401
Mauvaise/très mauvaise	18,5	13	44	55	147	56,2	23,6	20	51,5	58,5	72
Non renseigné	23,8	17,5	46,5	85,5	702	43,7	26,6	20	55,5	86,5	413
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	23,0	18	47,5	77,5	382	45,3	25,2	16,5	51,5	109	202
Non	21,0	18	43,5	54,5	3 567	41,8	21,2	15	41,5	58	2 038
Limitations d'activités											
Fortement limité	20,6	20	43,5	47,5	125	36,6	17,8	16	37,5	43,5	76
Limité mais pas fortement	20,8	19,5	38	50,5	444	36,1	17,6	12,5	36,5	51,5	268
Pas du tout limité	20,7	17,5	43,5	55	2 653	42,9	21,2	15	42	58	1 473
Non renseigné	23,5	17,5	46	78	727	43,9	26,4	19,5	55,5	86,5	423

Suite du tableau page suivante

Tableau 20c Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon l'âge, le sexe et l'état de santé

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Oto-rhino-laryngologie (ORL)											
Sexe											
Hommes	20,7	17	50	60,5	706	50,8	19,0	13	43	50,5	341
Femmes	20,2	16,5	44,5	60,5	773	55,6	20,9	12,5	54,5	60	323
Age											
Moins de 16 ans	19,3	17	42	47,5	400	51,8	14,9	9	32,5	49,5	183
16 à 25 ans	19,9	10,5	47,5	60,5	56	62,6	---	---	---	---	19
26 à 45 ans	21,2	18	50	55	325	48,4	19,4	17,5	38	49,5	150
46 à 60 ans	23,7	18,5	54,5	61,5	316	52,2	27,1	18,5	54,5	61,5	151
61 à 75 ans	20,6	15	50	62	224	55,5	22,6	13	50,5	59	100
Plus de 75 ans	16,1	9	41,5	63	158	63,1	17,1	10	43	52,5	61
Santé perçue											
Très bonne	20,3	18,5	43	55	209	47,0	16,5	11	43	49,5	107
Bonne	19,4	17,5	43,5	52,5	372	53,4	17,1	11	43,5	60	158
Assez bonne	21,2	17	51,5	62	377	58,1	21,3	12	50,5	59,5	164
Mauvaise/très mauvaise	18,3	18	40	52	158	56,4	20,8	18	38,5	44,5	69
Non renseigné	21,6	15	54,5	60,5	363	51,0	23,5	16	54,5	54,5	166
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	23,1	18	54,5	63	385	54,8	21,7	18	52,5	54,5	179
Non	19,5	16	43,5	60	1 094	52,9	19,4	11,5	46	60	485
Limitations d'activités											
Fortement limité	18,3	15,5	39	52,5	111	55,7	---	---	---	---	47
Limité mais pas fortement	21,3	15,5	52	62	271	58,5	25,9	19	51	60	112
Pas du tout limité	19,4	18	41,5	51,5	696	52,7	16,1	11	34,5	49,5	313
Non renseigné	22,3	15,5	54,5	61,5	401	50,4	23,5	15	54,5	54,5	192
Ophtalmologie											
Sexe											
Hommes	20,4	16,5	43	58	2 134	44,3	20,1	14	41	57	1 173
Femmes	22,7	17,5	50	71	2 760	43,4	25,2	17	54	83	1 503
Age											
Moins de 16 ans	21,0	17,5	43,5	57	740	44,4	20,6	15,5	39,5	54	395
16 à 25 ans	16,8	14	41	56	249	51,7	21,6	17	46	58	115
26 à 45 ans	20,9	16,5	44,5	57,5	841	42,5	22,6	15,5	44,5	65,5	466
46 à 60 ans	23,9	18	56	79,5	1 163	42,2	26,6	16	62	92	662
61 à 75 ans	22,0	16	50,5	69	1 157	42,9	22,7	16	52	61,5	649
Plus de 75 ans	21,6	16,5	43	61,5	744	46,0	22,0	14	42	82,5	389
Santé perçue											
Très bonne	21,7	18	44	62,5	660	41,9	22,4	16,5	44,5	74,5	372
Bonne	21,3	17	45	62	1 562	45,7	23,0	16	44,5	69,5	832
Assez bonne	22,3	17,5	45,5	59,5	1 205	43,6	22,4	15,5	46,5	60,5	670
Mauvaise/très mauvaise	23,4	15	66	71	470	44,2	28,7	16,5	56	87,5	246
Non renseigné	21,2	16	46,5	68	997	41,8	22,1	13,5	52,5	76	556
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	24,4	17,5	56	72,5	1 261	40,1	26,8	17,5	56	89	743
Non	20,8	16,5	44,5	60,5	3 633	45,1	21,7	15	45	63,5	1 933
Limitations d'activités											
Fortement limité	23,2	17	65,5	69	381	44,0	25,6	18	52	55,5	209
Limité mais pas fortement	23,0	18,5	45	65,5	907	42,4	23,8	16	56	85,5	507
Pas du tout limité	21,4	16,5	45,5	62,5	2 589	44,6	22,9	16	46,5	67	1 401
Non renseigné	21,0	16	46	68	1 017	42,7	22,2	13,5	52	76	559

Suite du tableau page suivante

Tableau 20d Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon l'âge, le sexe et l'état de santé

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Chirurgie dentaire											
Sexe											
Hommes	11,1	8	25	34,5	5 754	44,9	16,8	12,5	30,5	43,5	3 082
Femmes	10,8	6,5	26	36,5	7 514	50,7	18,3	13	36	50	3 647
Age											
Moins de 16 ans	11,3	9	26	33	2 389	43,1	16,6	13,5	29,5	36,5	1 299
16 à 25 ans	12,1	7	29,5	42	1 091	50,6	20,9	14,5	42	64,5	516
26 à 45 ans	11,7	7,5	28	37	3 811	46,7	18,6	13	35,5	53	1 957
46 à 60 ans	10,9	7	26	36	3 308	46,2	16,9	11,5	35	44	1 744
61 à 75 ans	9,7	5,5	23	38,5	1 946	54,5	17,6	13	38,5	46,5	902
Plus de 75 ans	7,9	4	21,5	25	723	58,1	14,3	12	24	29,5	311
Santé perçue											
Très bonne	11,7	7,5	26	36	2 752	48,2	19,6	14	34	62,5	1 415
Bonne	11,1	7	26,5	37	4 362	47,6	17,6	13	35	46,5	2 243
Assez bonne	9,9	5,5	24,5	33	2 360	53,6	17,2	12,5	32	46,5	1 077
Mauvaise/très mauvaise	9,8	5,5	21,5	33	778	54,4	18,2	12,5	30	75	352
Non renseigné	11,0	8	26	36,5	3 016	43,5	16,0	11,5	31,5	40,5	1 642
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	9,0	4	22,5	31,5	1 900	56,7	16,4	12	29	43	826
Non	11,3	7,5	26	36,5	11 368	46,8	17,8	13	34,5	46,5	5 903
Limitations d'activités											
Fortement limité	9,5	5	23,5	32	598	53,2	16,5	12,5	28,5	46,5	287
Limité mais pas fortement	10,4	5	24,5	40	1 816	54,8	19,3	12,5	40	64	823
Pas du tout limité	11,1	7,5	26	35,5	7 769	47,9	18,0	13,5	32,5	49	3 969
Non renseigné	10,9	8	26	36,5	3 085	44,2	16,0	11,5	31,5	40,5	1 650
Psychiatrie											
Sexe											
Hommes	15,4	13,5	37	48,5	694	46,9	17,1	14	33,5	49	385
Femmes	22,7	19	53	70,5	1 358	34,3	24,0	19	59	67	803
Age											
Moins de 16 ans	20,2	16,5	30	46,5	208	18,8	16,9	13,5	30	49	178
16 à 25 ans	18,7	10	53	69,5	116	54,6	---	---	---	---	45
26 à 45 ans	19,4	14	48	64,5	750	36,3	19,8	15	40,5	67	452
46 à 60 ans	21,8	19	55	70,5	738	42,3	25,0	19	59	67,5	370
61 à 75 ans	19,6	13,5	43,5	43,5	170	43,4	25,8	13,5	43,5	43,5	97
Plus de 75 ans	18,5	20,5	26,5	26,5	70	31,7	---	---	---	---	46
Santé perçue											
Très bonne	18,5	19,5	37	49	250	41,2	17,4	13,5	37	49	154
Bonne	21,3	19	43,5	74,5	616	36,7	22,7	19	49,5	67	392
Assez bonne	24,2	19	55,5	70,5	558	31,0	26,2	19	59	70,5	312
Mauvaise/très mauvaise	16,5	9	40,5	65,5	317	56,2	23,9	17,5	51	65	144
Non renseigné	16,4	9	41	48,5	311	37,3	15,1	9	27	40,5	186
Présence d'une Affection de longue durée (ALD)											
Oui	21,7	19	48	70,5	656	37,2	26,1	20	49	70,5	375
Non	19,7	15	43,5	69,5	1 396	39,1	20,1	14	49	59	813
Limitations d'activités											
Fortement limité	13,5	7,5	40,5	52,5	270	65,1	21,4	12,5	40,5	50	103
Limité mais pas fortement	28,6	23	70,5	70,5	456	19,2	27,5	20	59	70,5	331
Pas du tout limité	19,3	15	39,5	58	990	42,9	21,1	14	42,5	67	543
Non renseigné	16,1	12,5	41	48,5	336	34,3	14,8	13,5	27	40,5	211

Source : ESPS 2010.

Tableau 21a Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon les caractéristiques socio-économiques

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Médecine générale											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	9,2	7	19,5	34	1 420	50,1	11,5	6	31	34,5	733
Artisans, commerçants	7,8	3	21	27	2 153	55,1	15,3	11,5	28	38	977
Cadres et professions intellectuelles	8,9	0	22,5	37,5	3 753	58,9	20,0	12,5	39	60,5	1 536
Professions intermédiaires	7,8	0	21,5	32	6 324	55,8	15,9	11	33,5	42	2 827
Employés	7,5	0	21,5	29,5	12 864	59,9	16,4	12	32	45,5	4 962
Ouvriers	6,5	0	18	27,5	11 281	63,3	14,7	9,5	29,5	39	3 947
Inactifs n'ayant jamais travaillé	7,5	0	19,5	26	15 085	59,7	16,0	11	26,5	41	5 577
Occupation principale											
Actifs	8,8	3,5	23,5	33	18 801	53,8	16,8	12	33,5	45	8 470
Retraités	5,8	0	16,5	24,5	12 535	66,0	14,1	9,5	28,5	41	4 351
Chômeurs	6,7	0	21	30,5	3 795	64,6	17,2	11,5	38	39,5	1 192
Inactifs	6,4	0	18	27,5	5 340	64,7	15,6	10,5	30	49	1 812
Etudiants	7,6	0	19,5	26,5	9 569	58,7	15,7	10,5	26,5	40,5	3 591
Autres	8,4	3	20,5	25	2 840	56,8	17,2	12,5	26,5	41	1 143
Type de complémentaire santé											
Aucune	5,8	0	22	28	1 268	68,7	16,6	12	31	35,5	398
Non renseigné	6,2	0	17,5	23,5	462	63,6	14,8	12	26	31	161
CMU-C	5,4	0	20	26	10 839	70,4	17,1	13	31	40,5	3 173
CS privée	7,8	0	20,5	29,5	40 311	58,0	15,9	11	31,5	43	16 827
Cardiologie											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	23,1	21	40	43	84	66,3	---	---	---	---	29
Artisans, commerçants	21,1	19	38,5	41	159	52,8	16,0	12,5	27	41	80
Cadres et professions intellectuelles	17,3	13	41,5	60	350	49,6	19,7	13	43,5	60	177
Professions intermédiaires	16,2	12	43	55	328	55,5	19,4	14	49	60	145
Employés	16,3	12,5	39	47,5	403	56,7	17,8	15,5	34,5	45,5	186
Ouvriers	17,3	16,5	34,5	45	574	56,6	16,3	13	28,5	36,5	250
Inactifs n'ayant jamais travaillé	18,3	13,5	45,5	52	151	50,1	18,5	14	41,5	45,5	69
Occupation principale											
Actifs	17,7	15	39	53,5	536	55,5	18,2	14,5	39	49	237
Retraités	17,7	14,5	39	49,5	1 171	53,4	17,8	13,5	34,5	51	558
Chômeurs	12,2	8	29,5	41,5	93	70,7	---	---	---	---	33
Inactifs	16,5	14,5	34,5	47,5	199	62,4	15,7	12,5	27,5	71	76
Etudiants	---	---	---	---	40	---	---	---	---	---	23
Autres	---	---	---	---	10	---	---	---	---	---	9
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)											
Sans complémentaire santé (CS)	16,7	11	34	47	82	55,1	20,0	15,5	31	49,5	41
Non renseigné	---	---	---	---	4	---	---	---	---	---	---
Bénéficiaires de la CMU-C	11,0	4,5	27,5	52,5	151	56,4	18,5	15	34	41,5	61
Bénéficiaires d'une CS privée	17,8	15	39,5	50	1 812	54,7	17,8	13,5	36	51	834

* Catégorie socioprofessionnelle de la personne ou de la personne de référence du ménage pour les moins de 18 ans.

Suite du tableau page suivante

Tableau 21b Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon les caractéristiques socio-économiques

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Dermatologie											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	---	---	---	---	48	---	---	---	---	---	18
Artisans, commerçants	16,1	12,5	33	40,5	92	58,2	---	---	---	---	36
Cadres et professions intellectuelles	16,8	13,5	34,5	56,5	313	43,4	17,0	12,5	32,5	57	179
Professions intermédiaires	20,0	14,5	45	56,5	355	48,6	21,7	16	47,5	63	183
Employés	16,6	13,5	34	45	541	53,1	18,5	15	30	55	251
Ouvriers	21,7	14	58	63,5	292	55,6	23,9	15	45	69	117
Inactifs n'ayant jamais travaillé	16,9	12	38	52,5	611	56,4	18,0	10,5	38,5	62,5	256
Occupation principale											
Actifs	18,8	15	44	56,5	878	48,5	18,7	14	40,5	51,5	439
Retraités	19,0	13,5	40,5	57	579	53,3	22,3	17	46,5	74	277
Chômeurs	15,4	8,5	39,5	63,5	116	57,1	21,9	14,5	43,5	55	46
Inactifs	20,3	12	50	56,5	172	62,0	28,0	13	56,5	118	62
Etudiants	15,4	11,5	34	44,5	475	56,5	15,4	10	31	51,5	202
Autres	---	---	---	---	32	---	22,4	12	68	68	14
Type de complémentaire santé											
Aucune	---	---	---	---	38	---	---	---	---	---	20
Non renseigné	---	---	---	---	14	---	---	---	---	---	3
CMU-C	11,0	7,5	34	50	301	55,3	14,9	7,5	33,5	40	112
CS privée	18,6	14	41,5	56	1 899	52,2	19,8	13,5	40,5	59,5	905
Gynécologie-obstétrique											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agricultrices	---	---	---	---	21	---	---	---	---	---	14
Artisanes, commerçantes	20,9	16,5	38	51,5	136	50,4	21,6	18	51	55	73
Cadres et professions intellectuelles	19,7	16	37,5	50,5	388	34,3	21,4	15	37	52	255
Professions intermédiaires	21,7	21	46	48,5	797	35,8	20,4	17	39	47	510
Employées	21,1	17,5	43,5	60,5	1 788	42,4	21,7	15,5	51	72,5	995
Ouvrières	23,8	19	47,5	63	448	53,1	24,0	12,5	55	109	214
Inactives n'ayant jamais travaillé	17,0	14	37	44,5	371	57,5	20,6	15	39	44,5	179
Occupation principale											
Actives	22,3	18,5	45,5	56	2 609	38,2	21,9	15,5	45,5	61	1 612
Retraitées	20,1	17,5	43	51	277	55,3	22,2	17	43,5	66	128
Chômeuses	15,0	9	34	41	305	49,5	16,6	11	34,5	53	144
Inactives	16,7	12	40,5	52	654	53,7	19,5	15	39,5	51,5	313
Etudiantes	19,2	14,5	37	46,5	104	69,8	---	---	---	---	43
Autres	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)											
Sans complémentaire santé (CS)	21,7	25	39,5	47,5	67	24,9	21,0	17,5	40	60	50
Non renseigné	---	---	---	---	14	---	---	---	---	---	6
Bénéficiaires de la CMU-C	15,3	8,5	39,5	58,5	608	55,9	23,1	16	46,5	70	291
Bénéficiaires d'une CS privée	21,6	18	44	55	3 260	41,5	21,5	15	43	61	1 893

* Catégorie socioprofessionnelle de la personne ou de la personne de référence du ménage pour les moins de 18 ans.

Suite du tableau page suivante

Tableau 21c Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon les caractéristiques socio-économiques

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Oto rhino laryngologie											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	---	---	---	---	36	---	---	---	---	---	13
Artisans, commerçants	16,5	18	33	45,5	57	60,7	---	---	---	---	20
Cadres et professions intellectuelles	19,8	11,5	60,5	62	150	46,0	22,6	13	50,5	61,5	84
Professions intermédiaires	19,5	13	45,5	63	160	54,5	25,1	16	47	78,5	71
Employés	19,5	15	46	63	321	54,6	19,9	13	46	60	139
Ouvriers	22,8	20	51,5	54,5	245	54,9	23,9	15	54,5	54,5	111
Inactifs n'ayant jamais travaillé	20,7	18	47,5	55	510	52,2	16,1	10,5	38	45	226
Occupation principale											
Actifs	23,8	19	55	62	480	48,1	25,1	18,5	54,5	60,5	238
Retraités	18,0	12	43,5	58	348	58,8	19,4	11,5	47	59	144
Chômeurs	15,5	8	36	40	69	59,5	---	---	---	---	31
Inactifs	17,1	14	50,5	51,5	141	64,4	12,6	9,5	28,5	38,5	52
Etudiants	20,2	18	43,5	50,5	361	50,0	15,5	9	41	49,5	166
Autres	17,4	15,5	35	42	80	60,9	---	---	---	---	33
Type de complémentaire santé											
Aucune	---	---	---	---	28	---	---	---	---	---	6
Non renseigné	---	---	---	---	17	---	---	---	---	---	6
CMU-C	16,1	6,5	50,5	51,5	240	62,6	16,2	10,5	44,5	44,5	88
CS privée	21,0	17,5	48,5	60,5	1 194	52,2	20,0	13	47	54,5	564
Ophthalmologie											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	25,8	23	46	52	165	45,7	15,4	12	39	39	91
Artisans, commerçants	23,1	19	46	68	264	38,6	19,5	12,5	41,5	81	164
Cadres et professions intellectuelles	18,5	14	42	63,5	537	44,3	23,5	15,5	44,5	69,5	294
Professions intermédiaires	20,9	16,5	43,5	59	742	41,9	22,8	16,5	49	70,5	431
Employés	23,0	15,5	50	76	1 061	42,5	25,9	17	56	89	593
Ouvriers	22,5	16	54	69	990	47,4	24,3	16	54	81	510
Inactifs n'ayant jamais travaillé	21,2	18	44	57	1 135	44,5	21,3	16,5	42,5	54	593
Occupation principale											
Actifs	21,9	16,5	46,5	68	1 596	42,6	24,0	15,5	54	71,5	924
Retraités	21,9	16,5	46	69	1 733	43,7	22,6	15,5	47,5	66,5	955
Chômeurs	21,4	16	43	58	201	40,7	24,2	15,5	44	118	103
Inactifs	23,1	18	56	65,5	461	49,5	26,8	16	56	112,5	221
Etudiants	20,0	17	43,5	56	820	46,1	19,9	15	41	56	419
Autres	26,5	22	57	67	83	35,2	27,0	22	47,5	54	54
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)											
Sans complémentaire santé (CS)	16,9	11	41,5	84	103	57,0	---	---	---	---	44
Non renseigné	---	---	---	---	33	---	---	---	---	---	14
Bénéficiaires de la CMU-C	14,5	7,5	36,5	56	525	55,5	22,8	16	56	56	225
Bénéficiaires d'une CS privée	22,2	17,5	46	66	4 233	42,9	23,1	15,5	49,5	69,5	2 393

* Catégorie socioprofessionnelle de la personne ou de la personne de référence du ménage pour les moins de 18 ans.

Suite du tableau page suivante

Tableau 21d Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon les caractéristiques socio-économiques

	Distances totales parcourues					Au plus proche	Distances supplémentaires				
	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.	% pond.	Moy.	Méd.	p90	p95	Eff.
Chirurgie dentaire											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	13,3	10	24	38	319	39,6	13,9	10	26	29,5	202
Artisans, commerçants	11,3	8	24,5	34,5	702	44,7	16,8	11	32,5	46	419
Cadres et professions intellectuelles	12,6	8	29	45	1 295	45,7	20,8	14,5	40	59	712
Professions intermédiaires	11,5	6,5	26,5	38,5	1 833	48,5	19,2	14	36,5	57	957
Employés	10,1	6	26	37	3 123	51,8	17,4	12	35,5	46,5	1 484
Ouvriers	9,1	6	21,5	28,5	2 418	51,7	14,7	11	25,5	37,5	1 111
Inactifs n'ayant jamais travaillé	11,6	8,5	26,5	35	3 578	44,7	17,7	13,5	31,5	42	1 844
Occupation principale											
Actifs	11,5	8	27	36,5	5 741	45,4	17,5	12,5	34	49,5	3 107
Retraités	9,1	5	22,5	32,5	2 435	55,6	16,6	12	32	45,5	1 119
Chômeurs	11,2	4	26,5	38,5	979	55,1	22,1	13	41	83,5	425
Inactifs	8,8	5	25	29	1 041	57,1	16,4	14	29	38,5	429
Etudiants	11,9	9	26,5	36	3 037	43,5	17,9	13,5	31,5	43,5	1 630
Autres	---	---	---	---	35	---	---	---	---	---	19
Type de complémentaire santé											
Aucune	11,5	5	32	48	240	52,6	22,3	11,5	48	67,5	111
Non renseigné	10,1	5	23,5	46,5	108	57,3	---	---	---	---	47
CMU-C	7,5	0	18	30	2 097	60,8	16,4	10,5	33	39,5	837
CS privée	11,1	7,5	26	36	10 823	47,3	17,5	13	33	46	5 734
Psychiatrie											
Catégorie socioprofessionnelle*											
Agriculteurs	---	---	---	---	7	---	---	---	---	---	6
Artisans, commerçants	6,1	6,5	6,5	10,5	54	14,9	---	---	---	---	44
Cadres et professions intellectuelles	15,1	9	43,5	43,5	350	39,8	17,0	9,5	43,5	43,5	211
Professions intermédiaires	23,0	19	55	70,5	502	29,9	23,8	19	50	59	318
Employés	23,8	21,5	70,5	76,5	639	47,7	30,7	26	67	70,5	292
Ouvriers	22,4	23	40,5	40,5	181	49,5	18,9	20	23	23	100
Inactifs n'ayant jamais travaillé	17,9	14	38	49,5	319	33,0	18,1	13,5	49	49,5	217
Occupation principale											
Actifs	20,1	15	48	55	920	37,3	19,6	14	37	65	559
Retraités	19,2	19	43,5	43,5	223	40,2	23,6	20,5	43,5	43,5	132
Chômeurs	24,5	17	70,5	70,5	328	48,0	35,4	27,5	70,5	70,5	143
Inactifs	23,7	19	49	69,5	279	29,0	23,8	19	49	49,5	165
Etudiants	16,6	15	30	49	277	35,0	17,0	13,5	30	49	187
Autres	---	---	---	---	25	---	---	---	---	---	2
Complémentaire santé ou CMU complémentaire (CMU-C)											
Sans complémentaire santé (CS)	---	---	---	---	23	---	---	---	---	---	10
Non renseigné	---	---	---	---	20	---	---	---	---	---	12
Bénéficiaires de la CMU-C	15,6	13,5	40,5	48,5	363	47,0	21,2	14,5	40,5	40,5	169
Bénéficiaires d'une CS privée	20,9	18,5	48	70,5	1 646	37,4	22,0	16,5	49,5	65	997

* Catégorie socioprofessionnelle de la personne ou de la personne de référence du ménage pour les moins de 18 ans.
 Source : ESPS 2010.

5.6. Modélisation économétrique des déplacements effectués par les patients pour recourir aux soins ambulatoires

Les statistiques descriptives ont mis en lumière des différences d'accès aux soins et de distances parcourues relativement marquées selon la zone d'habitation des individus. En effet, les distances totales parcourues par les patients sont en moyenne plus élevées lorsque l'offre de soins est peu disponible et éloignée de leur commune de résidence. Une offre de soins éloignée semble par ailleurs diminuer les distances supplémentaires que les individus sont prêts à parcourir pour recourir aux soins, ce qui conduirait à réduire leur possibilité d'exercer leurs préférences pour choisir un professionnel de santé correspondant à des attentes spécifiques (en termes de qualités professionnelles, d'écoute, etc.). Afin de tester ces hypothèses, nous réalisons une analyse « toutes choses égales par ailleurs » permettant de mesurer les effets propres de chaque déterminant du recours aux soins en éliminant les biais potentiels de confusion entre les indicateurs contextuels et les caractéristiques individuelles des patients. En effet, les déplacements effectués par les individus dépendent de leur âge, de leur état de santé, de leur situation sur le marché du travail, etc.

5.6.1. Méthode

Variables d'intérêt

Nous cherchons ici à analyser la propension des patients à se déplacer pour recourir aux soins ambulatoires. Dès lors que la propension d'un individu à se déplacer est inférieure à l'offre médicale la plus proche, l'individu choisira de ne pas recourir aux soins. En revanche, si la propension à se déplacer est supérieure à la contrainte minimale qu'il doit parcourir, alors l'individu choisira de recourir aux soins ; le choix de l'offreur dépend de ses préférences et du niveau de son consentement à se déplacer (Moschetti, 2005). Trois variables d'intérêt représentant les déplacements effectués par les patients pour recourir aux soins sont étudiées :

- **Le fait de recourir aux soins.** Il s'agit d'avoir effectué au moins un déplacement en 2010 pour aller consulter un médecin généraliste, un spécialiste ou un chirurgien-dentiste.
- **Le fait de recourir au professionnel de santé le plus proche.** Plus précisément, parmi ceux qui ont recouru aux soins, il s'agit du fait 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. En effet, parce que les distances ne peuvent être mesurées à ce jour au niveau infracommunal, un patient est considéré comme ayant recouru au plus proche dès lors qu'il a consulté un professionnel de santé de sa commune, qu'il ait consulté ou non le professionnel de santé le plus proche de sa commune. Parmi les recours aux soins effectués au plus proche, 83 % ont été réalisés dans la commune de résidence du patient. Cette deuxième étape nous permet en partie de tenir compte de la surreprésentation de distances nulles liée au mode de calcul des distances.
- **Les distances supplémentaires parcourues lorsque le patient n'a pas consulté le professionnel de santé le plus proche.** Parmi les personnes recourant n'ayant pas recouru au plus proche, ces distances représentent l'effort de déplacement réalisé au-delà de la distance contrainte minimale nécessaire pour accéder aux soins. Elles reflètent un effort de déplacement contraint par une faible accessibilité territoriale aux soins qui n'est pas mesurée par les distances minimales (telles que la disponibilité de l'offre par exemple). Elles reflètent également la distance supplémentaire volontairement parcourue par le patient lorsqu'il exerce ses préférences pour consulter le professionnel de santé de son choix.

Estimation empirique

Pour étudier les déplacements effectués par les individus pour recourir aux soins dans une analyse « toutes choses égales par ailleurs », nous réalisons un modèle en trois étapes séquentielles :

- Probabilité pour un individu i d'avoir recouru aux soins j dans l'année : **$P(\text{REC}_i^j = 1)$**

$$\text{REC}_i^j = 1 \text{ si } \text{REC}_i^{j*} > 0$$

$$\text{REC}_i^j = 0 \text{ si } \text{REC}_i^{j*} \leq 0$$

$$\text{REC}_i^{j*} = \alpha^j + \beta_1^j X_i^j + \beta_2^j X_c^j + \varepsilon_i^j$$

- Probabilité pour que le recours r ait été réalisé au plus proche : **$P(\text{PROCHE}_r^j = 1 / \text{REC}_i^j = 1)$**

$$\text{PROCHE}_r^j = 1 \text{ si } \text{PROCHE}_r^{j*} > 0$$

$$\text{PROCHE}_r^j = 0 \text{ si } \text{PROCHE}_r^{j*} \leq 0$$

$$\text{PROCHE}_r^{j*} = \lambda^j + \delta_1^j X_i^j + \delta_2^j X_c^j + \eta_r^j$$

- Distances supplémentaires effectives des recours r si non effectués au plus proche : **$E(\text{DISTSUP}_r^j | \text{PROCHE}_r^j = 0)$**

$$\text{DISTSUP}_r^j = \pi^j + \gamma_1^j X_i^j + \gamma_2^j X_c^j + \varepsilon_r^j$$

Avec :

i les individus

r les recours

j les spécialités étudiées

- REC_i^j : le fait que l'individu i ait recouru aux soins j
- PROCHE_r^j : le fait que le recours r ait été effectué au plus proche ou au sein même de la commune de résidence du patient.
- DISTSUP_r^j : la distance supplémentaire effective du recours r si non effectué au plus proche pour la spécialité j
- X_i : le vecteur des caractéristiques individuelles connues pour influencer la demande de soins et/ou la mobilité des individus ;
- X_c : le vecteur des variables contextuelles caractérisant l'offre de soins j de la zone de résidence des individus ;
- $\varepsilon_i^j, \eta_r^j$ et ε_r^j : les résidus des modèles 1, 2 et 3.

Nous constituons trois grands groupes de spécialités permettant de distinguer les soins de premiers recours et ceux de spécialistes : la médecine générale, la chirurgie-dentaire et les autres spécialités (incluant donc la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie-obstétrique, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie). Pour le modèle concernant les recours aux soins réalisés auprès de spécialistes, des indicatrices « spécialités » ont été introduites. Notons par ailleurs que le recours est considéré pour chaque spécialité selon son propre niveau d'APL et le temps d'accès au spécialiste adapté le plus proche.

Variables explicatives (X_i et X_c)

Les variables explicatives reflétant les caractéristiques individuelles et pouvant impacter le fait de consulter et la mobilité 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.

Pour les variables contextuelles permettant de caractériser les différences territoriales d'offre de soins, nous introduisons trois indicateurs : l'APL, le type d'espace de la commune de résidence du patient et la distance à l'offre de soins la plus proche. Introduire simultanément ces trois indicateurs permet de s'affranchir de leurs liaisons respectives [Tableau 22] et de mesurer leurs effets propres :

Tableau 22 Liaison entre les indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins ambulatoires

	Distance au plus proche / type d'espace	Type d'espace / APL	APL / Distance au plus proche
Médecine générale	0,31	0,17	0,29
Cardiologie	0,41	0,35	0,46
Dermatologie	0,43	0,33	0,48
Gynécologie-obstétrique	0,41	0,34	0,44
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	0,42	0,32	0,48
Ophthalmologie	0,40	0,31	0,41
Chirurgie dentaire	0,34	0,24	0,41
Psychiatrie	0,41	0,30	0,58

Note : Les valeurs présentées dans le tableau correspondent aux coefficients de Tschuprow. Elles s'interprètent comme un pourcentage d'information expliquée par la liaison entre deux variables qualitatives.

Source : ESPS 2010

1. **L'APL** permet d'étudier le rôle de la quantité de l'offre locale relativement à la quantité de la demande. Cet indicateur est introduit dans le modèle en quatre classes : l'APL la plus élevée qui est le double de la moyenne nationale ou plus (niveau 4), l'APL élevée entre la moyenne nationale incluse et le double de la moyenne nationale exclu (niveau 3), l'APL faible entre la moitié de la moyenne nationale incluse et la moyenne nationale exclue (niveau 2), et l'APL la plus faible inférieure à la moitié de la moyenne nationale (niveau 1).
2. **Le type d'espace de la commune de résidence du patient** permet de contrôler en partie des caractéristiques du territoire et de l'offre de soins qui ne peuvent être prises en compte dans le modèle. Cet indicateur est introduit en cinq classes : communes de grands pôles, communes (urbaines ou rurales) en couronne de grands pôles, communes de petits ou moyens pôles, communes en couronne de petits ou moyens pôles, communes isolées hors de l'influence d'un pôle.
3. **La distance à l'offre de soins la plus proche** permet d'étudier dans quelle mesure les distances minimales nécessaires pour recourir aux soins (ou distance au professionnel le plus proche) impactent le fait de recourir aux soins et la capacité à parcourir des distances supplémentaires. Elle est introduite en quatre classes : médecin le plus proche situé dans la commune de résidence (nommée « commune équipée »), entre 1 et 15 minutes de la commune de résidence, entre 16 et 30 minutes, à plus de 30 minutes de la commune de résidence.

Hypothèses

ε_i^j , η_i^j et ε_i^j sont supposés suivre une loi normale et être indépendants : i/ deux à deux ; ii/ des variables des vecteurs X_i et X_c . Pour chacune des deux étapes, des clusters « individus » autorisent une corrélation entre les résidus des contacts effectués par un même patient et permettent de corriger la variance estimée des estimateurs. Ainsi, pour tout r_1 et r_2 appartenant à i , $corr(\varepsilon_{r_1}^2, \varepsilon_{r_2}^2) \neq 0$. Pour tout r_1 appartenant à i et r_2 appartenant à i' , $corr(\varepsilon_{r_1}^2, \varepsilon_{r_2}^2) = 0$.

L'hypothèse d'indépendance des résidus entre les étapes ne nous permet pas de tenir compte du fait que les distances observées peuvent être sous-estimées sous l'hypothèse que certains individus ont renoncé aux soins du fait de distances trop élevées à parcourir. Ce biais pourrait être corrigé avec un modèle de sélection (du type Heckman). Néanmoins, pour être réalisé avec rigueur, celui-ci nécessite également la prise en compte d'au moins une variable instrumentale qui n'a pas été trouvée à ce jour.

Méthode d'estimation

Les deux premières étapes sont estimées par des modèles Probit. La troisième étape est estimée par des modèles linéaires permettant de mesurer l'effet de chaque variable explicative sur les distances supplémentaires moyennes parcourues. Afin de tenir compte de la forte variabilité des distances supplémentaires effectuées par les patients qui n'ont pas consulté le professionnel de santé le plus proche [Tableau 23], nous estimons également la troisième étape à l'aide de régressions quantiles. Cela nous permet d'étudier si les effets moyens observés dans les régressions linéaires sont identiques à tous les niveaux de la distribution des distances supplémentaires et donc de savoir si, conditionnellement aux variables explicatives introduites, il existe une forte variabilité des distances supplémentaires sur certaines caractéristiques individuelles et contextuelles.

Tableau 23 Distribution des distances supplémentaires parcourues parmi les recours aux soins ambulatoires qui n'ont pas été effectués au plus proche du domicile du patient

	Nb de recours	Moyenne (minutes)	P25	P50	P75	P90	P95	P99
Médecine générale	20 559	16,0	6,5	11,0	19,0	31,5	42,5	97,0
Chirurgie dentaire	6 729	17,6	8,0	13,0	21,0	34,0	46,5	101,5
Ensemble des spécialités	6 504	21,3	8,5	15,0	26,5	45,5	61,5	113,5
Cardiologie	936	17,9	8,0	13,5	21,0	36,0	51,0	91,5
Dermatologie	1 040	19,8	7,5	13,5	24,5	40,5	59,5	113,5
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	664	20,0	6,5	13,0	25,5	47,0	54,5	139,5
Ophtalmologie	2 676	23,1	8,5	15,5	29,0	50,0	69,5	118,0
Psychiatrie	1 188	22,0	9,5	16,5	27,5	49,0	65,0	70,5

Source : ESPS 2010

5.6.2. Résultats

La probabilité de recourir aux soins

Les résultats du modèle sont présentés dans le tableau 24. Concernant la probabilité de recourir aux soins, ils confirment tout d'abord le rôle prépondérant des caractéristiques individuelles (Raynaud, 2005). Ainsi, les femmes recourent plus que les hommes ; le recours aux soins de spécialistes est croissant avec l'âge (celui aux soins de chirurgie dentaire aug-

mente légèrement jusqu'à 50 ans puis décroît ensuite). La probabilité de recourir à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste est plus élevée pour les individus en plus mauvaise santé perçue et déclarant des limitations fonctionnelles d'activité. En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, les employés, les professions intermédiaires, et ensuite les ouvriers, sont ceux qui recourent le plus souvent à un médecin généraliste alors que ce sont les cadres et les professions intermédiaires qui recourent le plus souvent aux soins de chirurgiens-dentistes et aux médecins spécialistes. Le revenu a également un impact positif significatif sur le recours aux soins de médecine générale, de chirurgie dentaire et de médecine spécialisée. De même, les bénéficiaires d'une complémentaire santé privée ou de la CMU-C recourent plus souvent au moins une fois dans l'année aux soins que ceux qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Surtout, nos résultats mettent en évidence que, à caractéristiques individuelles identiques, le niveau de l'APL impacte significativement la probabilité de recourir aux soins de médecine générale et aux médecins spécialistes. En effet, la probabilité de recourir à un généraliste est d'autant plus faible que le niveau de l'APL diminue (jusqu'à -3,4 points pour les individus qui résident dans une commune où le niveau de l'APL est le plus faible comparativement aux habitants des communes où l'APL est la plus élevée). Toutefois, la probabilité de recourir au moins une fois dans l'année au généraliste n'apparaît pas significativement différente pour les individus habitant dans des zones de niveau d'APL 1, 2 ou 3. Ce sont surtout les habitants des zones les mieux dotées (APL 4) qui se distinguent des autres par une probabilité de recours significativement plus élevée. Concernant les spécialistes, la probabilité de recours est plus faible pour les patients qui résident dans des communes où l'APL est de niveau 3 et 2 comparativement au niveau le plus élevé. En revanche, la probabilité de recourir aux soins n'est pas significativement différente pour les habitants des communes où l'APL est la plus faible (niveau 1). Il est probable que ce niveau d'APL traduise en partie 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.

L'analyse toutes choses égales par ailleurs confirme le rôle prépondérant joué par la distance d'accès au plus proche sur la probabilité de recours aux soins de spécialistes au-delà de 30 minutes (-2,5 points par rapport aux résidents des communes équipées) ainsi qu'au recours à un chirurgien-dentiste en dehors de la commune de résidence (-3,1 points). En revanche, il n'y a pas de différences de recours à un généraliste selon le temps d'accès au médecin le plus proche, que l'on réside dans une commune où exerce un généraliste ou à moins de 15 minutes du praticien le plus proche (sachant qu'en 2010, la quasi-totalité de la population réside en deçà de ce seuil (Coldefy *et al.*, 2011).

Quel que soit le type de recours étudié, la probabilité de recourir aux soins n'est globalement pas significativement différente selon le type d'espace de la commune de résidence.

Le fait de recourir au professionnel de santé le plus proche

Parmi les individus qui ont recouru aux soins, la probabilité de recourir au médecin généraliste le plus proche, qu'il se situe ou non au sein de la commune de résidence du patient, diminue jusqu'à 39 ans puis augmente ensuite. En revanche, l'âge ne joue pas sur le fait de recourir au chirurgien-dentiste et au spécialiste le plus proche. Les variables d'état de santé ne sont globalement pas significatives.

Concernant la catégorie socioprofessionnelle et quel que soit le professionnel de santé consulté, les cadres et les professions intermédiaires sont ceux qui consultent le moins souvent au plus proche. Les ouvriers et les employés sont ceux qui consultent le plus souvent le professionnel de santé le plus proche. Ce résultat peut être lié à l'éloignement du lieu de travail, plus fréquent pour certaines catégories socioprofessionnelles, comme les cadres

Tableau 24 Effets propres des variables explicatives sur la probabilité de recourir aux soins, de consulter le professionnel de santé le plus proche et sur les distances supplémentaires moyennes parcourues

	1/ Le recours aux soins						2/ Le fait de recourir au plus proche						3/ 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	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	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	0,2	0,256	0,192	***	0,190	*	0,1	0,488	
Age ²	0,005	***	-0,012	***	-0,001	**	0,007	***	0,003	0,289	0,0	0,290	-0,002	***	-0,003	*	0,0	0,687	
Etat 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 d'activité (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 par rapport à l'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 €)																			
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	*	
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)																			
1 à 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	***	
16 à 30 minutes	/	/	/	/	-0,8	*	/	/	/	/	-4,7	0,138	/	/	/	/	-16,8	***	
> 30 minutes	/	/	/	/	-2,5	***	/	/	/	/	-8,4	0,154	/	/	/	/	-28,0	***	
Dumies spécialistes (Réf. : Cardiologies)																			
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	*	
Ophthalmologie	/	/	/	/	17,9	***	/	/	/	/	-8,4	***	/	/	/	/	2,9	**	
Psychiatrie	/	/	/	/	-8,0	***	/	/	/	/	-13,4	**	/	/	/	/	3,9	*	
Pr(Y=1/X=ind. moyen) / 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 : Effet marginal exprimé en points de pourcentage ou en minutes ; Pr : probabilité que l'effet marginal soit nul ; *** : Significatif à 1% ; ** : Significatif à 5% ; * : Significatif à 10%.
 Note : 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 - Sniiram, Cnamts.

(Baccaini *et al*, 2007). En revanche, les chômeurs et les inactifs consultent plus souvent le généraliste et le spécialiste le plus proche.

Le revenu a un effet non linéaire sur la probabilité de consulter le généraliste et le chirurgien-dentiste le plus proche. Ce sont les classes de revenus intermédiaires qui ont une plus faible probabilité de consulter le professionnel de santé le plus proche. Le fait de bénéficier de la CMU-C augmente par ailleurs la probabilité de consulter le généraliste et le chirurgien-dentiste le plus proche (effet significatif à 10 %).

Indépendamment des caractéristiques individuelles, l'effet le plus significatif sur la probabilité de consulter le professionnel de santé le plus proche concerne le niveau de l'APL qui reflète la disponibilité des professionnels de santé. Ainsi, comparativement aux patients qui résident dans des communes où l'APL de généralistes est la plus élevée (niveau 4), la probabilité de consulter le généraliste le plus proche diminue de 14 points lorsque l'APL est de niveau 3, de 27 points lorsque l'APL est de niveau 2 et de 28 points lorsque l'APL est de niveau 1. La tendance est identique concernant le fait de consulter le chirurgien-dentiste le plus proche. En revanche, concernant le recours aux soins de spécialistes, c'est lorsque l'APL est la plus faible uniquement (de niveau 1) que la probabilité de consulter le médecin le plus proche décroît très significativement (-18 points).

En ce qui concerne les autres variables d'accessibilité territoriale aux soins, la probabilité de consulter le professionnel de santé le plus proche est plus faible pour les patients qui résident dans une commune en couronne de grands pôles (comparativement à ceux qui résident dans une commune de grands pôles). Elle est également plus faible lorsque le patient réside entre 1 et 15 minutes du généraliste et du spécialiste le plus proche (comparativement à ceux qui résident dans une commune où exerce au moins un généraliste ou un spécialiste).

Les distances supplémentaires moyennes parcourues

Lorsque l'on s'intéresse aux distances parcourues au-delà du professionnel de santé le plus proche (parmi les recours aux soins non réalisés au plus proche), les individus en mauvaise ou en très mauvaise santé perçue parcourent des distances supplémentaires plus élevées en moyenne que ceux en bonne ou très bonne santé perçue pour recourir à un généraliste ou à un spécialiste (respectivement +2,1 minutes et +4,3 minutes). Ce résultat peut refléter des préférences particulières concernant le médecin consulté relatives au problème de santé de l'individu. En revanche, lorsque le recours à un généraliste est effectué auprès du médecin traitant, les distances supplémentaires sont plus faibles de 9,3 minutes en moyenne.

De façon cohérente avec les précédents résultats, les actifs en emploi parcourent des distances supplémentaires plus élevées que les inactifs pour leurs recours en médecine générale (+2 minutes en moyenne). Là encore, ce sont les cadres qui sont les plus mobiles puisque les distances supplémentaires qu'ils effectuent s'élèvent en moyenne respectivement à 3,7 minutes et 4,5 minutes de plus que celles effectuées par les ouvriers pour consulter un généraliste et un chirurgien-dentiste.

Le revenu n'a pas de lien significatif avec les distances supplémentaires parcourues par les patients. En revanche, lorsqu'ils n'ont pas consulté le professionnel de santé le plus proche, les bénéficiaires de la CMU-C parcourent en moyenne 1,9 minutes de moins que ceux couverts par une complémentaire santé privée pour consulter un généraliste, 3,4 minutes de moins pour chirurgien-dentiste et 3,3 minutes de moins pour un spécialiste. Ce dernier résultat semble indiquer que les bénéficiaires de la CMU-C, bénéficiant de tarifs opposables lorsqu'ils consultent un spécialiste, quel que soit le secteur auquel celui-ci est affilié, ont moins besoin de chercher un spécialiste de secteur 1 que les personnes sans complémen-

taire santé. Ils peuvent recourir au plus proche sans avoir à payer d'éventuels dépassements d'honoraires.

Concernant les caractéristiques d'accessibilité à l'offre de soins, l'analyse révèle que les distances supplémentaires effectuées par les patients pour consulter un spécialiste augmentent significativement à mesure que l'APL diminue (jusqu'à +17 minutes lorsque le niveau de l'APL est le plus faible comparativement au niveau le plus élevé de l'APL). Ce résultat révèle que lorsque les spécialistes sont peu disponibles, un effort de déplacement relativement important au-delà du plus proche est nécessaire pour accéder aux soins.

Le fait d'être éloigné du professionnel de santé le plus proche impacte également les distances supplémentaires effectuées par les patients pour recourir aux soins et ce, quelle que soit la spécialité étudiée. Ainsi, plus un individu réside loin du professionnel de santé le plus proche, plus les distances supplémentaires qu'il effectue au-delà du plus proche sont faibles : respectivement -4,8 minutes et -5,4 minutes lorsque le généraliste et le chirurgien-dentiste exercent entre 1 et 15 minutes de sa commune de résidence et jusqu'à -28 minutes lorsque le spécialiste exerce à plus de 30 minutes. Ceci traduit une plus faible propension à se déplacer au-delà du plus proche lorsque les individus résident loin de l'offre et donc une faible possibilité d'exercer leurs préférences pour choisir librement leurs professionnels de santé.

Le type de territoire a également un effet très significatif sur les distances supplémentaires parcourues pour recourir à un spécialiste : les individus qui ne résident pas dans un grand pôle parcourent tous des distances supplémentaires plus élevées, notamment en ce qui concernent les habitants des communes isolées ainsi que ceux des petits et moyens pôles (respectivement +8,8 minutes et +8,2 minutes). Ils sont également ceux qui parcourent des distances supplémentaires plus élevées pour recourir à un médecin généraliste et à un chirurgien-dentiste. Ce résultat peut refléter des caractéristiques spécifiques au territoire et à l'offre de soins qui ne sont pas prises en compte par l'APL ni par les distances d'accès au plus proche, comme par exemple la distance au deuxième et au troisième offreurs de soins les plus proches.

Les distances supplémentaires parcourues, régressions quantiles

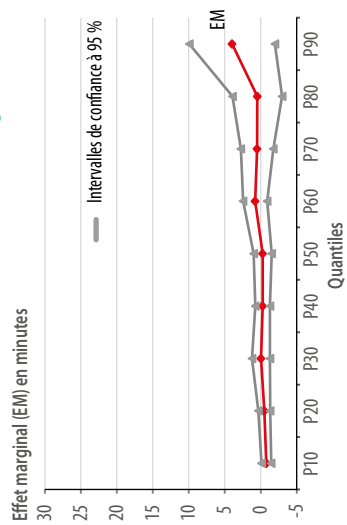
Globalement, les résultats des régressions quantiles confirment les analyses précédentes. Pour les recours aux soins de généralistes ou de chirurgiens-dentistes, l'approche par régression quantile aboutit à des résultats similaires à ceux détaillés précédemment. Pour les recours aux soins de spécialistes, l'approche par régression quantile permet de mettre en évidence des résultats qui accentuent certains constats déjà mis en évidence.

Nous avons ainsi montré une relation décroissante entre APL et distance supplémentaire parcourue pour accéder aux soins de spécialistes. Ce résultat apparaît encore renforcé par les résultats issus des régressions quantiles. Nous estimions dans la partie précédente que pour les patients habitant dans une zone où l'APL est faible (niveau 1), les distances supplémentaires parcourues pour accéder à un spécialiste étaient supérieures de 17 minutes à celles parcourues par les habitants des zones les mieux dotées (niveau 4). Ces résultats complémentaires mettent en évidence que ces distances supplémentaires peuvent être allongées de 30 minutes pour les 20 % de patients les plus mal lotis parmi ceux habitant déjà dans une zone à faible APL (Graphique 3.6).

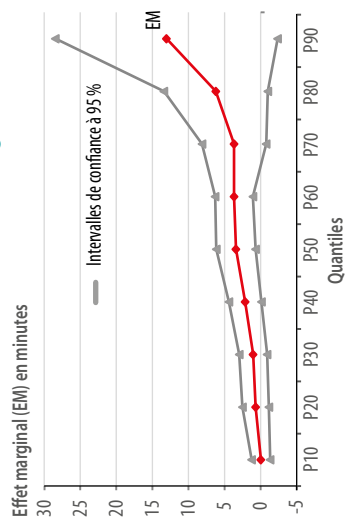
Ainsi, moins l'offre de soins de spécialistes est disponible, plus les patients doivent se déplacer loin. Toutefois, les résultats précédents montraient aussi que, au-delà d'une certaine distance pour accéder au spécialiste le plus proche, les distances supplémentaires parcourues se réduisaient, traduisant une contrainte dans la liberté de choix des patients.

Graphique 3 Distances supplémentaires médianes selon la distance au professionnel de santé le plus proche

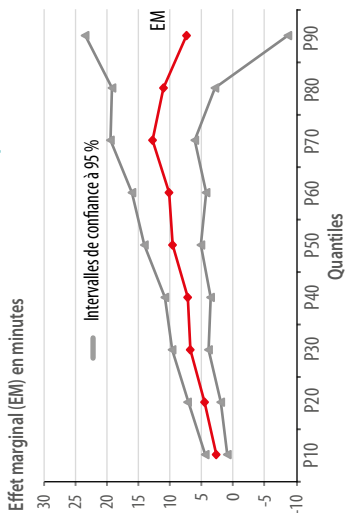
3.1 Effet « Communes isolées » - Médecine générale



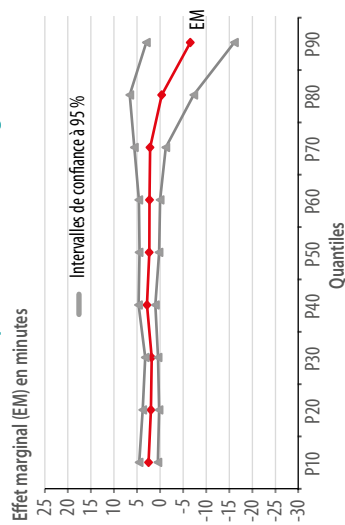
3.2 Effet « Communes isolées » - Chirurgie dentaire



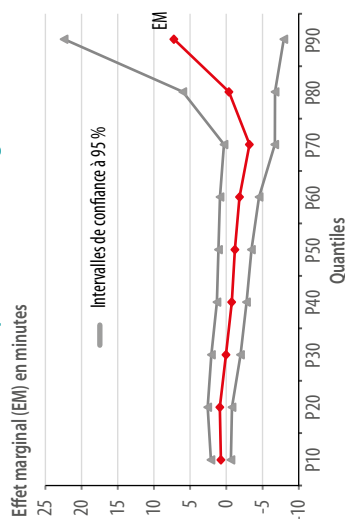
3.3 Effet « Communes isolées » - Spécialité



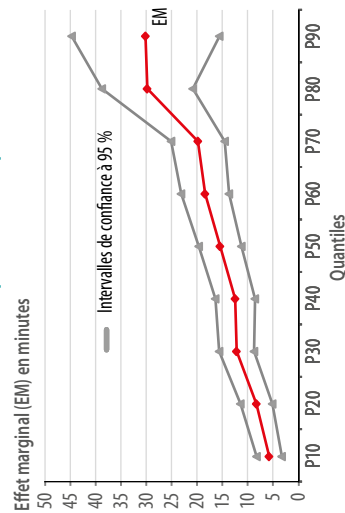
3.4 Effet « APL le plus faible » - Médecine générale



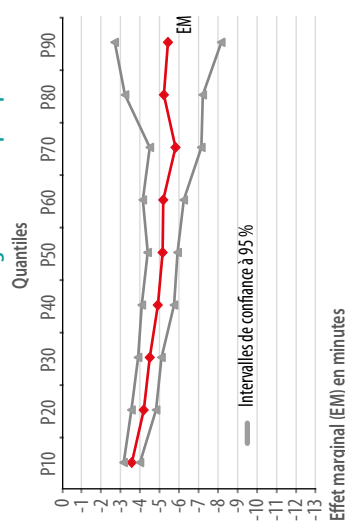
3.5 Effet « APL le plus faible » - Chirurgie dentaire



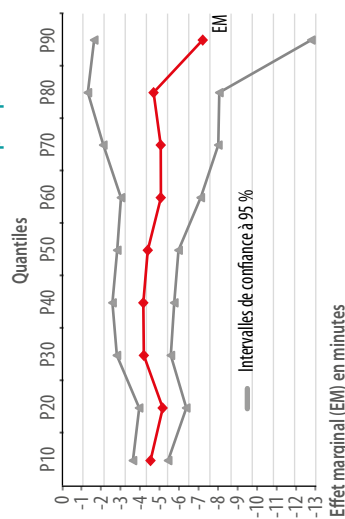
3.6 Effet « APL le plus faible » - Spécialité



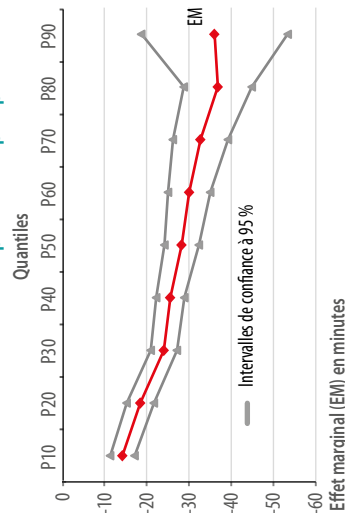
3.7 Effet « 1 à 15 minutes du généraliste le plus proche »



3.8 Effet « 1 à 15 minutes du dentiste le plus proche »



3.9 Effet « > 30 minutes du spécialiste le plus proche »



Ce résultat apparaît de manière plus prononcée à l'aide de l'analyse par les régressions quantiles (Graphique 3.9).

Nous avons par ailleurs vérifié que ces conclusions n'étaient pas liées à la corrélation entre les variables d'offre prises en compte dans l'analyse. Ainsi, les résultats sont confirmés si on introduit dans les régressions une seule des deux variables d'offre (APL ou distance au plus proche) plutôt que les deux simultanément.

5.6.3. Discussion

L'étude des pratiques spatiales de recours aux soins médicaux ambulatoires a été réalisée en exploitant ESPS 2010 appariée aux données de consommation de soins de l'Assurance maladie.

Cette étude s'intéresse à la distance parcourue par le patient. Aussi, seuls les actes ayant donné lieu à un déplacement du patient vers le professionnel de santé sont conservés. De ce fait, les visites à domicile effectuées par les professionnels de santé sont exclues de l'analyse. De même, sont écartés les soins infirmiers et de kinésithérapie qui se déroulent en grande partie au domicile du patient.

Les distances effectives d'accès ont été analysées à partir de la localisation communale du lieu de résidence principale du patient et du lieu de réalisation du soin médical. Ceci engendre au moins deux biais. D'abord, la localisation du patient au moment du soin peut être différente de celle du lieu de résidence du fait de congés ou de déplacements professionnels par exemple. Nous avons contrôlé en partie cet effet en enlevant les valeurs extrêmes. Le second biais est lié au niveau géographique d'observation. Le niveau infra-communal serait plus approprié pour calculer les distances parcourues. En effet, la taille des communes françaises est très hétérogène et les distances infra-communales peuvent être parfois aussi importantes que celles entre communes. De plus, un patient peut ne pas recourir à l'offre présente dans sa commune de résidence mais plutôt à celle d'une commune contiguë sans que dans la réalité, la distance soit allongée. Les données disponibles dans ESPS 2010 ne permettent pas de descendre à un niveau aussi fin. Les analyses portant sur les distances totales parcourues, sur le fait de recourir à la commune équipée la plus proche (y compris dans sa commune de résidence) et sur les distances supplémentaires (par rapport à la commune équipée la plus proche) doivent être discutées en tenant compte de cette limite.

En matière de recours aux soins médicaux ambulatoires, l'exploitation de l'enquête ESPS 2010 confirme que, lorsque le patient se déplace, le professionnel de santé le plus proche est souvent contourné. En effet, la part des consultations ou contacts réalisées auprès du médecin ou du dentiste le plus proche du domicile du patient varie entre 39 % et 59 % selon les spécialités. De plus, lorsque le recours n'a pas lieu dans la commune équipée la plus proche, la distance supplémentaire parcourue est relativement importante : entre 6 et 14 minutes en moyenne selon les spécialités.

La littérature internationale rapporte que les pratiques spatiales de recours aux soins médicaux sont dépendantes, d'une part des préférences individuelles, mais aussi des caractéristiques contextuelles liées à l'offre de soins et au type d'espace dans lequel résident les patients. Pour explorer les effets propres de chacune de ces variables conjointement dans le cas de la France, nous avons mené des premières analyses économétriques modélisant séquentiellement le fait de consulter, le fait de recourir au professionnel de santé le plus proche puis la distance supplémentaire parcourue par les patients le cas échéant. Plusieurs résultats se révèlent particulièrement intéressants.

Premièrement, concernant le fait de consulter ou pas un praticien, si les caractéristiques individuelles restent les plus influentes, les caractéristiques d'offre jouent également un rôle significatif. Ainsi, à caractéristiques individuelles identiques (dont l'état de santé déclaré), un niveau d'APL élevé (niveau 4) augmente la probabilité que les patients consultent au moins une fois le médecin généraliste dans l'année. Par ailleurs, une offre de soins éloignée a un effet dissuasif sur le fait de consulter un spécialiste, surtout au-delà de 30 minutes de trajet.

Deuxièmement, en cas de recours aux soins ambulatoires, le fait de recourir au professionnel de santé le plus proche ainsi que la distance supplémentaire parcourue sont influencés par de nombreuses caractéristiques à la fois individuelles et de contexte.

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles, toutes choses égales par ailleurs, **les actifs en emploi sont plus mobiles que les inactifs pour accéder aux soins de généralistes. C'est plus précisément le cas des cadres qui recourent moins au professionnel de santé le plus proche à la fois pour les consultations de généralistes, de dentistes et de spécialistes tandis que les ouvriers sont moins mobiles.** Les personnes bénéficiant de la CMU-C sont moins mobiles pour tous les types de soins, ce qui tend à montrer qu'ils peuvent recourir dans leur commune de résidence ou à proximité sans avoir à subir d'obstacles particuliers, notamment d'éventuels dépassements d'honoraires. Ces résultats traduisent des pratiques différentes entre individus qui peuvent conjuguer des comportements de mobilité non spécifiques au champ de la santé (mobilité quotidienne) ou bien des préférences en matière d'usage du système de soins (recherche d'un professionnel particulier...).

Concernant le contexte, l'APL et la distance d'accès au service le plus proche ont un effet important sur le fait de consulter et sur la mobilité des patients en cas de recours. Ainsi, un faible niveau d'APL diminue la probabilité de consulter le généraliste ou le chirurgien-dentiste le plus proche. Pour les spécialistes, l'effet est surtout marqué pour les patients qui résident dans les communes où l'APL est la plus faible. Pour les distances supplémentaires, celles-ci s'allongent dès lors que le niveau d'APL est inférieur au niveau le plus élevé (c'est-à-dire s'il est inférieur ou égal au double de la moyenne nationale). La disponibilité de l'offre impacte donc les distances parcourues par les patients qui cherchent une solution alternative, par contrainte si l'offre est très faible et/ou par commodité probablement, par exemple lorsque le patient consulte l'offre située près de son lieu de travail. Ces phénomènes **peuvent être liés à certaines dimensions inobservables de l'accessibilité spatiale et a-spatiale aux soins, comme la disponibilité horaire ou les délais d'attente, qui concerneraient plus particulièrement les patients résidant dans des communes à faible APL. Le secteur conventionnel a été testé mais sans résultat probant. Les questions supplémentaires introduites dans ESPS 2012 concernant les critères de choix de l'offre de soins permettront de lever une partie de ces limites.** Enfin, pour la distance au service le plus proche, lorsqu'elle est supérieure à 30 minutes, la distance supplémentaire parcourue diminue pour les recours aux soins de spécialistes. Ce résultat, qui indique la faible propension à se déplacer plus loin lorsque la distance au plus proche déjà est élevée (> 30 minutes), est associé, pour les soins de spécialistes, à une moindre probabilité d'y recourir. Pour ces derniers, les dimensions de l'offre de soins explorées tendent à montrer que de faibles niveaux d'accessibilité semblent réduire à la fois la probabilité de recourir et la possibilité de choisir un médecin.

Enfin, le type de territoire appréhendé par les notions d'unité urbaine et d'aire d'influence des villes a également un effet propre captant des caractéristiques territoriales spécifiques indépendantes de la quantité et de la proximité de l'offre de soins. Le fait de ne pas résider dans un grand pôle diminue la probabilité de recourir au praticien le plus proche ou **augmente les distances supplémentaires parcourues. Les nouvelles questions sur la mobilité des individus introduites dans ESPS 2012 permettront d'aller plus loin dans l'analyse.**

6. Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

L'exploitation des pratiques spatiales en matière de recours hospitaliers de court séjour à partir de l'enquête ESPS 2010 s'inscrit dans le cadre d'une démarche exploratoire. Celle-ci est liée à la faiblesse des effectifs de séjours dans l'enquête et à l'impossibilité d'y pallier par l'utilisation de plusieurs années d'enquête. En effet, l'enquête de 2010 est le premier opus d'ESPS à être apparié avec les données du PMSI-MCO permettant de réaliser ce type d'étude. Nous ne disposons pas pour 2010 des autres types de séjours relevant de recueils autres tels que les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR : PMSI-SSR), en psychiatrie (Rim-Psy). Nous ne disposons pas non plus des données sur l'HAD (PMSI-HAD) mais, en l'occurrence, comme pour les visites de médecins en ambulatoire ou les soins de professionnels paramédicaux effectués au domicile du patient, ce sont les professionnels de santé qui se déplacent et non le patient. Par ailleurs, le PMSI-MCO ne renseigne pas la spécialité (ou discipline d'équipement) hospitalière dans laquelle le patient a été pris en charge. Cette identification nécessaire aux mesures de distances se fait indirectement *via* le type de séjour réalisé. De ce fait, les contraintes méthodologiques associées à l'identification de la spécialité hospitalière adéquate ou adaptée la plus proche ne permettent pas de retenir l'ensemble des séjours. L'analyse est donc focalisée sur les séjours pour lesquels il est possible de le faire. L'unité statistique sera donc le séjour hospitalier et non le patient. En effet, un même patient pourrait avoir effectué plusieurs séjours en MCO dont un ou plusieurs dans une spécialité non identifiable. Il est aussi possible qu'un même « épisode » de soins entraîne plusieurs séjours hospitaliers en MCO, et parfois dans des disciplines distinctes, mais la reconstruction d'un épisode de soins est complexe. C'est pourquoi nous considérons que chaque séjour est lié à un déplacement particulier, même s'il peut exister des transferts d'établissements au cours d'un même épisode. L'étude des parcours de soins relève d'une autre problématique et, si les contacts successifs avec l'offre de soins ne sont pas indépendants, notamment au cours d'un même épisode de soins, les données dont nous disposons ici ne nous permettent pas de capter ces liens. C'est pourquoi ce travail sera complété dans un second temps par les données de l'enquête ESPS 2012 apportant des informations objectivant ces liens. Ainsi, cette première analyse permet de mettre en évidence les possibilités d'exploitation et les limites liées à l'utilisation de telles données pour explorer les pratiques spatiales de recours aux soins hospitaliers.

6.1. Les données initiales et leur traitement

6.1.1. Structure des séjours hospitaliers de l'échantillon initial d'ESPS 2010

L'appariement d'ESPS 2010 avec la base du PMSI-MCO permet de repérer 2 827 hospitalisations partielles ou complètes (identifiées comme l'ensemble des hospitalisations hors séances) de court séjour dont 1 009 ont été réalisées dans le secteur privé lucratif et 1 818 dans le secteur public au sens large, c'est-à-dire y compris les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). Ces hospitalisations concernent 1 898 enquêtés dont 106 ont été hospitalisés à la fois dans les secteurs public et privé en 2010, soit 15 % des personnes

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

enquêtées. A chaque séjour est rattaché un numéro Finess permettant d'identifier l'établissement de santé dans lequel a été effectuée l'hospitalisation. Pour 0,5 % des séjours, le code Finess de l'établissement est faux et ne permet pas de récupérer la commune où est implanté l'établissement. De la même manière, la commune de résidence des patients ne peut être récupérée pour 152 séjours, soit 5 % des séjours et 6 % des patients.

La représentativité des données observées *via* ESPS apparaît très satisfaisante lorsqu'on compare les données d'enquête à celles observées au niveau national à travers le PMSI-MCO sur le champ des hospitalisations complètes et partielles exhaustives. Ainsi :

- Dans ESPS, 15,1 % des enquêtés ont été hospitalisés au moins une fois en médecine, chirurgie ou obstétrique en 2010 (1 898 hospitalisés/12 596 individus appariés). Ce taux est proche de celui observé en population générale, le taux d'hospitalisation de la population française calculé à partir de l'ensemble de la base PMSI-MCO nationale étant de 17 %.
- Un patient hospitalisé l'est en moyenne 1,5 fois au cours de l'année, soit la même proportion qu'au niveau national.
- La structure des séjours par secteur d'activité correspond à celle des données exhaustives de séjours du PMSI-MCO.

La structure des séjours en termes de Groupes homogènes de malades (GHM) regroupés par domaine d'activité de l'échantillon ESPS 2010 est très proche de la répartition des séjours dans le PMSI-MCO [Tableau 27].

6.1.2. Identification et localisation des services hospitaliers

Afin de comparer la distance parcourue à la distance au service adéquat ou approprié le plus proche du lieu de résidence du patient, ce service doit être identifié pour chaque hospitalisation recensée dans ESPS 2010 appariée. La notion de service adéquat fait référence au type de soins reçus par le patient. Certains soins médicaux ou chirurgicaux relèvent de spécialités précises alors que d'autres, souvent plus courants, peuvent être réalisés dans des services non spécialisés ou polyvalents, telles que les appendicectomies en chirurgie générale plutôt qu'en chirurgie digestive. Ainsi, seules 19 spécialités seront identifiées, pour lesquelles nous pourrions localiser le service dit « adéquat » le plus proche et étudier l'accès effectif, parmi lesquelles l'obstétrique que nous ajoutons aux 18 spécialités médicales ou chirurgicales déjà étudiées sur des données de 2007 (Coldefy, Com-Ruelle *et al.*, 2011). Seront donc écartées, pour des raisons techniques notamment, la médecine générale et la chirurgie générale, services délivrant des soins plus courants mais dont nous ne pouvons étudier l'accès effectif ici du fait des limites méthodologiques.

Un traitement particulier des bases de données est indispensable afin de pouvoir répondre à l'objectif de comparaison annoncé. Plusieurs étapes sont nécessaires :

- Géolocaliser les spécialités identifiables à partir du PMSI-MCO et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [accès potentiel] ;
- Repérer dans l'échantillon initial les séjours effectués dans une des spécialités identifiables (accès effectif) ;
- Et géolocaliser les établissements où ont séjourné les patients.

Comment géolocaliser les spécialités hospitalières sur le territoire ?

Pour ce faire, nous utilisons la méthode de localisation des spécialités hospitalières au niveau communal réalisée par l'Irdes pour calculer des distances d'accès aux soins hospi-

taliers (Coldefy, Com-Ruelle *et al.*, 2011). Ce travail, nécessaire en l'absence d'une identification nationale des services hospitaliers dans les bases de données médico-administratives utilisées, permet de repérer et de localiser l'existence d'une compétence professionnelle médicale spécifique pouvant être rattachée à une spécialité médicale, chirurgicale ou obstétricale. Ceci est possible pour les spécialités médicales et chirurgicales à partir de l'activité (en termes de GHM) réalisée dans l'établissement, en se référant à des actes spécifiques de la spécialité (actes traceurs) et en se basant sur des critères de volumes minimaux d'activité (repérage d'un volume conséquent d'actes/séjours signant l'obligation de présence d'un professionnel de santé de la spécialité). Ce repérage exclut de fait les GHM qui pourraient relever de services de médecine générale ou de chirurgie générale que nous ne cherchons pas à repérer⁸. On dispose ainsi, pour chaque commune française et 19 spécialités hospitalières⁹, de la distance d'accès au service hospitalier le plus proche, exprimée en temps d'accès (minutes).

Identifier la spécialité du service dans lequel le patient a été traité

Les données d'ESPS appariées au PMSI-MCO ne permettent pas de connaître directement la spécialité du service dans lequel le patient a séjourné. C'est le cas lorsque le motif d'hospitalisation n'appartient pas à la liste d'actes traceurs d'une spécialité bien définie mais peut être pris en charge soit en médecine générale (exemple : asthme, insuffisance cardiaque...), soit en chirurgie générale (exemple : appendicectomie, hernie hiatale...). Le séjour est décrit uniquement par le numéro Finess de l'établissement de santé, le diagnostic principal pour lequel le patient a été pris en charge et le GHM auquel le séjour appartient. L'identification de l'établissement le plus proche disposant de la spécialité adéquate repose sur la possibilité d'affecter la bonne spécialité au séjour. Ceci est réalisé en utilisant les informations issues du PMSI relatives au séjour, c'est-à-dire le GHM et le diagnostic principal. L'affectation d'une spécialité, selon la liste des spécialités repérables (paragraphe précédent) a été possible pour 52 % des séjours de l'échantillon initial (soit 1 476 hospitalisations) [Tableau 25] mais s'est avérée impossible pour les séjours pouvant être réalisés en service de médecine générale ou de chirurgie générale, comme les appendicectomies ou certains traitements de fractures courantes par exemple.

Géolocalisation des services fréquentés

Une fois les services hospitaliers qualifiés en termes de spécialité, il a ensuite fallu les localiser au niveau de la commune afin de calculer la distance parcourue pour accéder à l'hôpital. Dans la base PMSI appariée à ESPS, pour les séjours réalisés en établissement de santé public, souvent seul le numéro Finess correspondant à l'entité juridique est présent. Or ce numéro Finess de l'entité juridique peut correspondre à plusieurs établissements géographiques et donc à plusieurs localisations.

Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les entités juridiques mono-établissements ou « mono-communales », c'est-à-dire des entités dont les différents établissements

⁸ En effet, ces services généralistes pratiquant une large gamme de soins moins spécialisés, il est impossible, par définition, de les repérer selon la même méthode et il n'existe pas d'autre méthode le permettant.

⁹ Les 19 spécialités recherchées ici sont les 18 retenues dans le travail de Coldefy, Com-Ruelle *et al.*, 2011 auxquelles on ajoute l'obstétrique :

- Médicales : hépato-gastro-entérologie, endoscopies digestives et biliaires, cardiologie, pneumologie, neurologie, néphrologie hors dialyse, endocrinologie, rhumatologie, dermatologie, hématologie ;
- Obstétrique : obstétrique ;
- Chirurgicales : chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire (hors ligature des veines), urologie, oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

géographiques seraient localisés dans une seule et même commune. Elles peuvent être traitées à l'identique des entités géographiques, leur localisation ne posant pas de difficulté.

Dans un second temps, il est nécessaire de distinguer les entités juridiques multi-établissements qui font l'objet d'un traitement spécifique pour identifier la localisation exacte de la discipline hospitalière dans l'un ou l'autre des établissements géographiques qui lui sont rattachés. La méthode de repérage se déroule en deux étapes. Tout d'abord, lorsqu'une seule entité géographique de l'entité juridique dispose de la spécialité correspondant à celle du séjour du patient, on la sélectionne. Sinon, deux hypothèses se présentent pour les séjours problématiques restants (soit 150 séjours). Le plus grand nombre de problèmes de géolocalisation concernant surtout les séjours de l'entité juridique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), la première hypothèse conduit à affecter aux patients résidant à Paris un établissement parisien, en postulant que l'offre est suffisamment importante pour que le patient ne recoure pas en dehors de la capitale. La seconde hypothèse concerne les patients habitant très loin d'un établissement de l'AP-HP (mesuré en centaine(s) de km) et y ayant été toutefois hospitalisés. On affecte à leur séjour la localisation de Paris qui est celle de l'entité juridique, en vérifiant que le biais introduit est minime au regard de la distance qu'ils parcourent depuis leur domicile pour être hospitalisés. Au final, 131 séjours n'ont pu être géolocalisés correctement. Ils sont supprimés de la base d'étude en ayant vérifié que cela ne déstabilise pas les résultats en termes de distance.

L'échantillon final servant de base à notre étude contient donc 1 345 séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique, réalisés en hospitalisation complète ou partielle, en établissement de santé public ou privé, pour l'une des 19 spécialités repérables. Ils concernent 1 059 patients, certains ayant pu être hospitalisés plusieurs fois au cours de l'année 2010 [Tableau 25].

Tableau 25 Résumé des sélections successives opérées pour passer de l'échantillon initial (toutes spécialités hospitalières) au final (19 spécialités hospitalières retenues)

	Séjours		
	Nb patients	Effectif	% échantillon final
Echantillon initial	1 898	2 827	100,0
Localisation possible des enquêtés	-	2 675	94,6
Spécialité du séjour identifiable (15 spécialités retenues)	-	1 476	52,2
Localisation possible de l'établissement où a eu lieu le séjour = Echantillon final	1 059	1 345	47,6

Source : ESPS 2010.

Ces différentes contraintes et choix méthodologiques impactent la structure de l'échantillon initial des séjours hospitaliers.

Sur les 19 spécialités repérables, 15 seulement apparaissent dans l'échantillon final : en effet, aucun patient n'a effectué de séjour hospitalier relevant des spécialités d'endocrinologie, de rhumatologie, de dermatologie ou d'hématologie. Les 15 spécialités retrouvées sont regroupées en 10 domaines d'activité (DA¹⁰ : forme de regroupement des spécialités, transversale à la répartition en MCO, et dont 29 existent dans la nomenclature complète).

¹⁰ Domaine d'activité (DA) : pour plus d'informations se reporter au document sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/?id=000250002AFF>

Voici une brève comparaison entre les échantillons initial et final de séjours hospitaliers.

La structure par âge des séjours des enquêtés ayant été hospitalisés en 2010 et ayant pu être localisés (2 675 séjours) est relativement proche de celle des séjours de la population française dans le PMSI-MCO exhaustif (toutes spécialités confondues) [Tableau 26]. On note cependant des écarts pour les tranches d'âge jeunes avec une représentation moindre des moins de 16 ans et des plus âgés, contrebalancée par une surreprésentation des âges intermédiaires. L'échantillon final des 1 345 séjours relatifs aux seules spécialités identifiables ne modifie que légèrement ces écarts bien qu'ayant écarté les nombreux patients hospitalisés en particulier en médecine ou chirurgie générale.

Tableau 26 Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge des patients dans les échantillons issus d'ESPS 2010 et le PMSI-MCO exhaustif

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Séjours dans l'ESPS 2010 appariée			Séjours dans le PMSI-MCO exhaustif (toutes spécialités confondues)
	Échantillon des 2 675 séjours (enquêtés localisés)	Echantillon final des 1 345 séjours (19 spécialités identifiables)		
	% non pondéré	% non pondéré	% pondéré	%
Classes d'âge				
Moins de 16 ans	9,1	9,1	7,6	14
De 16 à 44 ans	32,2	30,04	30,4	27
De 45 à 69 ans	37,3	37,4	37,0	33
De 70 à 79 ans	13,3	14,7	14,6	14
80 ans et plus	8,1	8,3	9,0	12
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100

Source : ESPS 2010.

Selon la variable disponible dans ESPS 2010 appariée au PMSI-MCO, 53 % des séjours de l'échantillon final sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif (50 % sans pondération) contre 36 % dans l'échantillon initial. Cet écart est lié à la méthode d'identification du type de service hospitalier dans lequel le patient a été traité puisque l'échantillon final ne se réfère qu'à 19 spécialités hospitalières dont seulement 15 y sont représentées, contrairement à l'échantillon initial. Cela conduit aussi à modifier la structure des séjours selon le domaine d'activité par rapport à l'échantillon ESPS initial des hospitalisés et aux données exhaustives du PMSI-MCO [Tableau 27]. On constate notamment une surreprésentation des séjours d'obstétrique et de ceux relevant des domaines d'activité « digestif » et « orthopédie-traumatologie ». En effet, les cliniques privées ont une gamme d'activité plus étroite que les hôpitaux publics et, notamment, certains concentrent leur activité sur un nombre restreint d'actes spécialisés comme les maternités.

Par contre, la répartition des patients par type d'espace géographique est proche de celle de la répartition de la population française et des enquêtés appariés [Tableaux 2 et 28]. La majorité des séjours concerne des patients résidant dans des communes appartenant à de grands pôles urbains. Les autres types d'espace sont également bien représentés, y compris les communes isolées hors de l'influence des pôles [Tableau 28].

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 27 Répartition des séjours hospitaliers par domaine d'activité dans les échantillons issus d'ESPS 2010 et le PMSI-MCO exhaustif

<i>15 spécialités identifiables en hospitalisations complètes et partielles</i>	Séjours dans l'ESPS 2010 appariée		Séjours dans le PMSI-MCO exhaustif
	Echantillon final relatif aux séjours géolocalisés		%
	Effectif brut	% pondéré	
Domaine d'activité			
Digestif	374	29,0	19,1
Orthopédie traumatologie	251	18,7	10,6
Système nerveux ^a	99	6,0	5,8
Cardiologie ^a	50	4,0	5,3
Vasculaire périphérique	26	1,7	2,4
Pneumologie	18	1,1	4,6
ORL, Stomatologie	83	5,2	5,8
Ophthalmologie	115	9,3	5,1
Obstétrique	192	15,2	8,6
Urologie-néphrologie et génital masculin	137	9,8	7,4
Ensemble	1 345	100,0	100,0

^a Hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels.

Source : ESPS 2010.

Tableau 28 Répartition des séjours hospitaliers selon le type d'espace du lieu de résidence du patient dans l'échantillon final (15 spécialités retenues)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Effectif	% non pondéré	% pondéré
Zonage en aires urbaines			
Commune de grand pôle urbains	704	52,3	50,2
Commune urbaine en couronne de grand pôle	153	11,4	12,2
Commune rurale en couronne de grand pôle	177	13,2	14,0
Communes des moyens et petits pôles	123	9,1	9,2
Communes des couronnes des moyens et petits pôles	93	6,9	7,5
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	95	7,1	7,0
Ensemble	1 345	100	100

Source : ESPS 2010.

6.2. Description de l'échantillon final

6.2.1. Caractéristiques générales des séjours

Dans la suite de ce travail, seuls les 1 345 séjours correspondant aux 15 spécialités repérées et correctement localisées sur le territoire sont analysés, soit 48 % des séjours de l'échantillon initial. C'est le séjour qui constitue ici l'unité statistique et non le patient (certains patients pouvant effectuer plusieurs séjours).

Le mode d'entrée déclaré de ces 1 345 séjours est le domicile pour l'ensemble des séjours ; il n'y a pas de séjours par transfert d'un autre établissement ou par mutation à l'intérieur du même établissement (comparativement, les transferts et les mutations représentent un pourcentage marginal des séjours, inférieur à 0,3 % dans le PMSI-MCO exhaustif).

La provenance est le service des urgences pour 16 % des séjours (comparativement : 20 % dans le PMSI-MCO exhaustif en 2010). Les autres séjours, c'est-à-dire 1 113 séjours (84 % de l'ensemble), sont considérés ici comme des hospitalisations programmées car les patients ne sont pas passés par la structure d'accueil des urgences et viennent directement de leur domicile.

Près de la moitié (48 %) des séjours est réalisée dans un Établissement public ou dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic), dont 12 % dans un centre hospitalier régional (CHR), 18 % dans un autre établissement du secteur public d'au moins 300 lits et 18 % dans un autre établissement du secteur public de moins de 300 lits. Par ailleurs, 48 % des séjours sont réalisés dans un établissement privé à but lucratif, dont 28,3 % dans un établissement d'au moins 100 lits et 19,2 % dans un établissement de moins de 100 lits [Tableau 29].

Tableau 29 Répartition des séjours hospitaliers selon le secteur et la taille de l'établissement dans l'échantillon final (15 spécialités retenues)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Taille de l'établissement de santé	% pond.
Secteur public ou Espic^a	Centre hospitalier régional (CHR)	11,7
	autres établissements : ≥ 300 lits	18,1
	autres établissements : < 300 lits	18,2
Secteur privé	≥ 100 lits	28,3
	< 100 lits	19,2
Non classé		4,5
Ensemble (1 345 séjours)		100,0

^a Etablissements de santé privé d'intérêt collectif

Source : ESPS 2010.

La durée moyenne des séjours (DMS) est de 2,9 jours¹¹ (comparativement : 2,6 jours dans le PMSI-MCO en 2010) [Tableau 30]. La médiane est égale à 1 jour ; 25 % des séjours ont une durée de 4 jours ou plus et 10 % durent plus de 8 jours. Cette variabilité est liée au niveau de sévérité de la prise en charge.

¹¹ DMS calculée sur l'ensemble des hospitalisations, complètes et partielles.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 30 Répartition des séjours hospitaliers selon le niveau de sévérité de la prise en charge dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées)^a

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	% séjours	Durée moyenne séjour (en jours)
Niveau de sévérité (valeur du 6^e caractère du Groupe homogène de malades (GHM))		
Niveau de gravité		
Niveau 1	29,0	3,8
Niveau 2	8,5	8,3
Niveau 3	2,2	11,4
Niveau 4	0,8	18,1
Degré de complexité (Catégorie majeure de diagnostic (CMD) 14, 15 et 25)		
A	9,0	4,5
B	1,3	6,3
C	0,5	12,1
D	0,0	0,0
Sans segmentation (Z)	10,0	0,8
Avec décès (E)	0,0	0,0
Ambulatoire strict (une journée) (J)	31,8	0,0
Très courte durée (0, 1 ou 2 nuits) (T)*	6,9	0,5
Ensemble	100	2,9

a Dans le niveau 1 de gravité, 8 séjours ont une Durée moyenne de séjour (DMS) = 0 et 78 séjours une DMS égale à 1. Le niveau 2 contient obligatoirement des séjours dont la durée de séjour est supérieure à 2.

* A temps complet mais durée de moins de 2 jours, voire 3 jours (soit 0, 1 ou 2 nuits).

Source : ESPS 2010.

Critères présidant à l'attribution d'un niveau de sévérité global de la prise en charge

- Tout d'abord, le niveau de gravité, codé de façon progressive de 1 à 4¹, mais seulement pour un certain nombre de Catégories majeures de diagnostics (CMD) rassemblant des Groupes homogènes de malades (GHM) segmentés sur la notion de Comorbidité associée (CMA) ;
- À défaut, pour les CMD 14, 15 et 25, le degré de complexité, progressif de A à D² ;
- Et, à défaut, le type de prise en charge :
 - Z lorsqu'il n'y a pas de niveau de sévérité³,
 - E lorsque le séjour se termine par un décès,
 - J lorsque l'activité est strictement ambulatoire (zéro nuit)
 - Et T lorsque le séjour est de très courte durée (moins de 2 jours, voire 3 jours, soit 0, 1 ou 2 nuits).

¹ Le niveau 1 peut être assimilé au niveau sans Comorbidité associée (CMA) et les listes de CMA correspondant aux différents niveaux (2 à 4) sont toujours les mêmes, quelles que soient les CMD.

² Ces quatre valeurs, A, B, C et D, ne sont pas systématiques pour chaque racine de GHM concernée et les listes de CMA ne sont pas communes pour chacune des valeurs. Les CMD concernées, la 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du *post-partum*), la 15 (Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) et la 25 (Maladies dues à une infection par le VIH), ont des listes de complications spécifiques qui permettent le classement d'un séjour dans un niveau de sévérité B, C ou D.

³ La terminaison Z est réservée aux racines de GHM pour lesquelles il y a eu une volonté de ne pas permettre le bénéfice d'un niveau de sévérité. Il s'agit en général d'activités à la limite du champ MCO, activité de type externe ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cas des soins palliatifs (GHM 23Z02Z), les niveaux de sévérité ne s'appliquent pas, la sévérité n'expliquant pas la durée de séjour.

Trois critères distincts se conjuguent pour attribuer un niveau de sévérité global¹² caractérisant la prise en charge [Encadré, page ci-contre].

De fait, le niveau de sévérité de la prise en charge n'est pas équivalent strictement à un niveau de gravité de la maladie motivant le séjour ni de l'état de santé global du patient. Notamment, les niveaux de sévérité ne s'appliquent pas aux soins palliatifs dont la durée de séjour n'est pas expliquée par la sévérité. Autre exemple : les séjours strictement ambulatoires pour chimiothérapie anticancéreuse sont classés en J et non dans un niveau de gravité 2, 3 ou 4.

Ainsi, selon ce mode de classification des prises en charge, on compte 41 % de séjours correspondant à des GHM avec niveau de gravité précisé, dont 38 % de niveau 1 ou 2 et 3 % de niveau 3 ou 4. En plus, 11 % des séjours correspondent à des GHM avec un niveau de complexité précisé (CMD 14, 15 et 25), dont 9 % de complexité A, les autres niveaux (B et C) étant rares et le niveau D absent ici. Par ailleurs, 32 % des séjours sont réalisés exclusivement en ambulatoire et 6,9 % sont des séjours de très courte durée (en hospitalisation complète mais durant moins de deux nuits) [Tableau 30].

Notre échantillon ne comprend pas de séjours se terminant par un décès à l'hôpital, ce qui est lié au fait que l'enquête est effectuée auprès de la population vivant en ménage ordinaire. Enfin, 10 % sont des séjours autres, en hospitalisation complète de durée égale ou supérieure à deux nuits.

6.2.2. Les séjours selon les caractéristiques des patients

Plus de quatre séjours hospitaliers sur dix (44 % en résultat pondéré) sont effectués par des hommes et un peu moins de six sur dix (56 %) par des femmes. La répartition par tranche d'âge des hospitalisations fait apparaître l'importance des hospitalisations des femmes de 16 à 44 ans (période d'activité génitale) et celle des hommes de 70 à 79 ans (tranche d'âge à laquelle ils décèdent le plus), phénomène rapporté par les données exhaustives d'activité des établissements de santé (Drees, 2012) [Tableau 31].

Dans notre échantillon, les séjours sont effectués surtout par des patients dont la personne de référence du ménage, caractérisant son milieu social, est un actif occupé (49 % des séjours) ou un retraité/veuf (41,9 % des séjours). Les catégories chômeurs et inactifs sont moins représentées : un peu moins de 5 % des séjours [Tableau 32]. Comme dans l'échantillon de départ, la catégorie socioprofessionnelle la plus nombreuse est celle des ouvriers avec presque la moitié des séjours [Tableau 33].

¹² Dans la version 11 (utilisée ici) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), regroupés en Catégories majeures de diagnostics (CMD). Le niveau 1 peut être assimilé au niveau sans CMA et les listes de CMA correspondant aux différents niveaux (2 à 4) sont toujours les mêmes, quelles que soient les CMD, c'est le sixième caractère du numéro de GHM qui décrit la complexité ou la sévérité de la prise en charge.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 31 Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge et le sexe des patients dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>		Échantillon final brut			Échantillon final pondéré		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Moins de 16 ans	<i>Effectif</i>	58	63	121	210 527	264 031	474 558
	Pourcentage (ligne)	48	52		44	56	100
16 à 44 ans	<i>Effectif</i>	105	304	409	444 354	1 457 360	1 901 714
	Pourcentage (ligne)	26	74		23	77	100
45 à 69 ans	<i>Effectif</i>	259	246	505	1 114 977	1 194 235	2 309 212
	Pourcentage (ligne)	51	49		48	52	100
70 à 79 ans	<i>Effectif</i>	135	63	198	664 609	330 302	994 911
	Pourcentage (ligne)	68	32		67	33	100
80 ans ou plus	<i>Effectif</i>	60	52	112	279 243	283 831	563 075
	Pourcentage (ligne)	63	46		50	50	100
Total	<i>Effectif</i>	617	728	1345	2 713 710	3 529 759	6 243 469
	Pourcentage (ligne)	46	54	100	43	57	100

Source : ESPS 2010.

Tableau 32 Répartition des séjours hospitaliers selon le milieu social du patient en termes d'occupation principale de la personne de référence du ménage dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Echantillon final (%)
Occupation principale	
Non renseignée	0,0
Actifs occupés	48,6
Chômeurs	4,7
Retraités/veufs	41,9
Autres inactifs	4,4
Enfants	0,3

Source : ESPS 2010.

Tableau 33 Répartition des séjours hospitaliers selon le milieu social du patient en termes de catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Echantillon final (%)
Catégorie socioprofessionnelle	
Agriculteurs	3,8
Artisans, commerçants	8,6
Cadres et professions intellectuelles	15,7
Professions intermédiaires	17,2
Employés	16,4
Ouvriers	35,9
Inactifs n'ayant jamais travaillé	2,4

Source : ESPS 2010.

6.3. Analyse de la mobilité des patients en matière de recours aux soins hospitaliers

6.3.1. Les distances parcourues par les patients

Les séjours effectués dans les 15 spécialités (échantillon final) concernent des patients résidant en moyenne à 14 minutes du service hospitalier adéquat le plus proche et, pour 50 % des séjours, le service se situe dans la commune de résidence du patient. Pour 60 % des séjours, le patient a recouru au service hospitalier le plus proche mais ce taux varie selon la spécialité étudiée. Par exemple, pour les spécialités ayant un nombre de séjours suffisant pour être analysées spécifiquement, le taux de recours au service adapté le plus proche varie de 32 % pour l'ophtalmologie à 69 % pour la neurologie [Tableau 34]. Ceci indique des stratégies de contournement du service le plus proche plus fréquentes pour les soins ophtalmologiques (dans les deux tiers des cas) mais aussi pour près de la moitié des séjours de chirurgie orthopédique. En conséquence, la distance totale parcourue est, par exemple pour l'ophtalmologie, 2,8 fois supérieure en moyenne à la distance au service d'ophtalmologie le plus proche.

Tableau 34 Répartition des séjours hospitaliers selon la spécialité hospitalière et part de ceux effectués au plus proche (15 spécialités étudiées)

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Ensemble des séjours		Séjours au plus proche	
	Effectifs	% de séjours H(col.)	Effectifs	% de séjours (lig.)
Pneumologie	18	1,3	-	ns
HGE	72	5,4	45	62,5
Chirurgie digestive	66	4,9	37	56,1
Endoscopies	236	17,5	139	58,9
Neurologie	80	5,9	55	68,8
Chirurgie orthopédique	251	18,7	118	47,0
Cardiologie	29	2,2	-	ns
Urologie	89	6,6	46	51,7
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	83	6,2	51	61,4
Obstétrique	192	14,3	117	60,9
Néphrologie	48	3,6	31	64,6
Ophtalmologie	115	8,6	37	32,2
Chirurgie vasculaire p.	26	1,9	-	ns
Neurochirurgie	19	1,4	-	ns
Chirurgie cardiaque	21	1,6	-	ns
Ensemble des 15 spécialités étudiées	1 345	100,0	803	59,7

Source : ESPS 2010.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 35 Distribution en percentiles des distances au service adéquat le plus proche (en minutes) - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées

Effectif	Moyenne	Percentiles										
		0	1	5	10	25	50	75	90	95	99	100
1 345	14	0	0	0	0	0	0	11	32	75	200	703

Source : ESPS 2010.

Tableau 36 Distribution en percentiles des distances totales parcourues (en minutes) - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées

Effectif de séjours	Moyenne	Percentiles						
		25	50	75	90	95	99	100
1 345	31	10	22	36	60	100	221	730

Source : ESPS 2010.

Tableau 37 Distance totale parcourue et distance au service hospitalier adéquat le plus proche (distance d'implantation) en minutes selon les indicateurs de distribution par spécialité* pour les 15 spécialités étudiées

Hospitalisations complètes et partielles	Effectif	Moyenne		P10		P25		P50		P75		P90		P95		P99	
		d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue	d'implantation	totale parcourue
Spécialités hospitalières*																	
Pneumologie	18	11	23,8	0	0,0	0	0,0	0	22,0	22	32,0	29,5	40,5	29,5	147,0	38,5	147,0
Hépto-gastro-entérologie (HGE)	72	13	23,8	0	0,0	0	9,0	11,5	19,5	19	26,5	30,5	45,0	43	71,5	51,5	146,0
Chirurgie digestive	66	14	27,7	0	5,0	5	12,5	15	22,5	20	33,0	25	40,0	27	97,5	35,5	125,0
Endoscopie	236	14	24,5	0	0,0	0	7,5	13	19,5	21,5	29,0	30,5	40,0	35,5	52,0	44	104,0
Neurologie	80	14	37,6	0	0,0	0	7,5	13	21,0	24	29,0	27,5	83,0	28	124,0	96,5	474,5
Chirurgie orthopédique	251	15	33,6	0	0,0	0	11,5	15	25,5	23,5	40,5	30,5	75,0	38	108,5	51	271,0
Cardiologie	29	15	18,8	0	0,0	0	4,5	15	20,0	26	30,5	34	35,0	35	36,0	36	40,5
Urologie	89	16	23,9	0	0,0	0	5,5	10,5	19,5	24,5	32,5	37	58,5	47,5	68,0	54,5	114,5
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	83	16	22,6	0	0,0	0	8,5	13,5	18,5	24	31,5	40,5	50,5	50	60,5	60,5	68,0
Gynécologie-obstétrique	192	16	22,8	0	0,0	0	9,0	16,5	20,5	26	29,5	34,5	41,0	41	48,0	48	158,5
Néphrologie	48	17	26,1	0	7,5	8,5	18,5	19	21,0	24,5	32,0	33,5	37,0	35,5	81,0	36	114,5
Ophtalmologie	115	19	53,2	0	0,0	6,5	16,0	19	28,5	28,5	56,0	38	122,5	43	137,0	63,5	466,5
Chirurgie vasculaire périphérique	26	29	49,9	0	0,0	7,5	21,0	26	53,0	49	81,5	61	118,0	67,5	139,0	67,5	139,0
Neurochirurgie	19	38	66,2	0	0,0	15,5	45,5	40,5	56,5	58	76,0	67	138,0	85	138,0	85	308,5
Chirurgie cardiaque	21	47	83,9	0	25,5	25,5	38,0	41	65,0	65	110,5	98,5	146,0	146	324,0	146	324,0
Ensemble	1 345	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Spécialités triées par ordre croissant du temps moyen d'accès au service adapté le plus proche.
Source : ESPS 2010.

Tableau 38 Distribution en percentiles des distances supplémentaires parcourues (en minutes) si non recours au plus proche - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées

Effectif de séjours	Moyenne	Percentiles							
		0	25	50	75	90	95	99	100
542	34	0,5	7	14	31,5	8,5	124	289,5	702,5

Source : ESPS 2010.

La distance totale réellement parcourue pour les 15 spécialités confondues est en moyenne de 31 minutes, soit plus du double de la distance moyenne au service adéquat le plus proche qui est de 14 minutes. Les médianes respectives s'établissent à 22 minutes et 0 minute, le service adapté le plus proche se trouvant dans la commune de résidence du patient pour au moins la moitié des séjours [Tableaux 35 et 36]. Les valeurs extrêmes de distances totales réellement parcourues (à partir du 90^e percentile) sont élevées [Tableau annexe 3]. Il en est de même pour les distances supplémentaires en cas de non recours au plus proche. Dans ce cas, la distance supplémentaire parcourue est en moyenne de 34 minutes, la médiane est égale à 14 minutes [Tableau 37]. Ce supplément de distance est inférieur à 21 minutes pour 61 % des séjours et supérieur à 31 minutes pour un quart d'entre eux [Tableau 38]. De façon logique, la distance totale parcourue pour une hospitalisation « programmée » est supérieure à celle d'une hospitalisation lorsque le patient est passé par le service des urgences. Cependant, l'écart est faible pour la distance supplémentaire [Tableau 39].

Les valeurs moyennes et médianes des distances totales parcourues et d'implantation (c'est-à-dire au plus proche) peuvent être relativement différentes selon la spécialité étudiée et modifier la hiérarchie de l'accessibilité des spécialités [Tableau 40]. Par exemple, la distance d'implantation moyenne pour l'urologie est 1,5 fois plus élevée que la médiane alors que cela ne change pas pour la chirurgie digestive. Cela signifie que la distance au service d'urologie le plus proche est relativement importante pour une partie de la population tandis que les différences d'accessibilité à un service de chirurgie digestive sur le territoire sont moindres.

Tableau 39 Répartition des séjours hospitaliers selon la distance supplémentaire parcourue (en minutes) si non recours au plus proche pour les 15 spécialités étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Nombre	%
Distance supplémentaire parcourue (en minutes)		
]0-5]	101	18,6
]5-10]	92	17,0
]10-20]	139	25,6
]20-30]	59	10,9
]30-60]	72	13,3
]60-120]	53	9,8
>120	26	4,8
Total	542	100,0

Source : ESPS 2010.

Tableau 40 Moyennes et médianes des distances totales et supplémentaires parcourues (en minutes) selon que l'hospitalisation est programmée ou non pour les 15 spécialités étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Hospitalisations programmées	Nb de séjours	Distances parcourues	
			Effectif	Moyenne Médiane
Distance totale	Non	213	24	20
	Oui	1 132	32	22
Distance supplémentaire si non au plus proche	Non	49	33	12
	Oui	493	34	14

Source : ESPS 2010.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

6.3.2. Les distances parcourues selon le niveau de sévérité de la prise en charge

Malgré les faibles effectifs de certaines catégories de sévérité, il est possible de mettre en évidence quelques tendances majeures. La proportion des séjours réalisés dans la commune équipée la plus proche est moins élevée pour les séjours de niveau 1 (c'est-à-dire les moins sévères) comparativement aux séjours de niveau 3 à 4. Ceci se traduit par des distances totales parcourues moyennes et médianes plus élevées (respectivement 37 minutes et 26 minutes) pour ces séjours comparativement aux séjours de niveau 3 à 4 [Tableau 41]. Par ailleurs, la distance parcourue supplémentaire peut être relativement élevée [Tableau 42] : de l'ordre de 37 minutes en moyenne pour les séjours de niveau 1, s'élevant à 40 minutes pour les séjours sans segmentation mais s'abaissant à 31 minutes pour les séjours réalisés en ambulatoire (16 minutes et 13 minutes pour la médiane).

Tableau 41 Distances parcourues (en minutes), totales et au plus proche, selon le niveau de sévérité de la prise en charge pour les 15 spécialités hospitalières étudiées

Hospitalisations complètes et partielles	Distances totales parcourues			Distance parcourue si recours au plus proche			
	Effectifs	Moyenne	Médiane	Effectifs	% séjours au plus proche	Moyenne	Médiane
Niveau de gravité							
Niveau 1	406	37	26	224	55,2	19	16
Niveau 2	118	31	23	78	66,1	21	18
Niveau 3	30	32	23	21	70,0	21	21
Niveau 4	13	29	22	8	61,5	17	11
Degré de complexité (CMD 14, 15 et 25)							
A	111	21	21	78	70,3	14	14
B	19	15	16	15	78,9	16	20
C	9	17	17	6	66,7	9	0
Sans segmentation (Z)	130	33	22	73	56,2	14	12
Ambulatoire (1 journée) (J)	413	29	22	226	54,7	13	11
Très courte durée (T)	96	31	20	74	77,1	18	19
Total	1 345	-	-	803	59,0	-	-

Source : ESPS 2010.

Tableau 42 Distances supplémentaires parcourues (en minutes) selon le niveau de sévérité de la prise en charge pour les 15 spécialités hospitalières étudiées

Hospitalisations complètes et partielles	Nb séjours	Distances supplémentaires parcourues	
		Effectifs	Moyenne
Niveau de gravité			
Niveau 1	182	37	16
Niveau 2	40	34	14
Niveau 3	9	43	32
Niveau 4	5	30	5
Degré de complexité (CMD 14, 15 et 25)			
A	33	14	8
B	4	9	9
C	3	30	19
Sans segmentation (Z)	57	40	14
Ambulatoire (1 journée) (J)	187	31	13
Très courte durée (T)	22	63	19
Total	542	-	-

Source : ESPS 2010.

6.3.3. Les distances parcourues en fonction du statut et de la taille de l'établissement

Afin de caractériser l'établissement dans lequel a eu lieu le séjour, le statut et la taille de l'établissement ont été utilisés et combinés. Parmi les hôpitaux publics, nous avons distingué les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et regroupé les autres hôpitaux publics avec les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic, anciennement qualifiés à but non lucratif) dans la mesure où leurs missions et fonctionnements sont proches.

Le recours au service le plus proche est massif lorsque l'hospitalisation a eu lieu dans un établissement public (hors CHR), quelle que soit sa taille, les établissements publics étant nombreux et mieux répartis sur le territoire. Le taux de recours au service le plus proche le plus élevé concerne les établissements publics ou Espic de grande taille, non CHR (80 % des séjours) [Tableau 43].

Les distances parcourues et les distances supplémentaires les plus importantes concernent les séjours réalisés dans un établissement public CHR, puis les séjours réalisés dans un établissement privé dont la taille est supérieure à 100 lits et les établissements publics dont la taille est inférieure à 300 lits [Tableaux 44 et 45].

Tableau 43 Proportions de recours au service hospitalier le plus proche ou non en fonction du statut et de la taille de l'établissement fréquenté pour les 15 spécialités étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Recours au plus proche			
	Non		Oui	
	Effectif	% pondéré	Effectif	% pondéré
Privé lucratif < 100 lits	110	46	128	54
Privé lucratif ≥ 100 lits	201	56	157	44
Public CHR*	68	42	103	58
Autre établissement public ou Espic** < 300 lits	79	30	182	70
Autre établissement public ou Espic** ≥ 300 lits	49	20	208	80
Non classé	35	59	25	41
Total	542	41	803	59

* CHR : Centre hospitalier régional ; ** Espic : Établissement de santé privé d'intérêt collectif.
Source : ESPS 2010.

Tableau 44 Distances totales parcourues (en minutes) selon le statut et la taille de l'établissement hospitalier dans lequel a eu lieu le séjour pour les 15 spécialités étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Séjours concernés	Distance parcourue	
		Effectif	Moyenne Médiane
Etablissement du séjour : Statut* Taille			
Privé lucratif < 100 lits	238	30	22
Privé lucratif ≥ 100 lits	358	32	24
Public CHR*	171	37	26
Autre établissement public ou Espic** < 300 lits	261	32	22
Autre établissement public ou Espic** ≥ 300 lits	257	25	20
Non classé	60	39	23
Total	1 345		

* CHR : Centre hospitalier régional ; ** Espic : Établissement de santé privé d'intérêt collectif.
Source : ESPS 2010..

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Les distances totales parcourues les plus importantes concernent les séjours réalisés dans un établissement public CHR (37 mn en moyenne, médiane à 26 mn). Ensuite, nous trouvons les établissements de santé privés lucratifs, les distances totales parcourues étant à peine plus grandes dans le cas des plus grands d'entre eux (100 lits ou plus) [32 mn en moyenne, médiane à 24 mn]. Enfin, pour être hospitalisé dans les autres établissements publics ou Espic, la distance parcourue est en moyenne semblable aux précédentes s'ils ont moins de 300 lits, alors que les plus gros sont les plus accessibles (25 mn en moyenne, médiane à 20 mn) [Tableau 44].

Il en va un peu différemment pour les distances supplémentaires, les patients étant plus enclins à aller plus loin qu'au plus proche essentiellement en cas d'hospitalisation en CHR (45 mn en moyenne, médiane à 20 mn) ou en autre établissement public ou Espic de petite taille (51 mn en moyenne, médiane à 15 mn) [Tableau 45]. En effet, les CHR disposent à la fois d'une grande gamme de spécialités et d'une taille conséquente mais ils sont peu nombreux (un à deux par région) sur le territoire et très dispersés. Leur accès en est donc plus difficile en termes de distance.

Tableau 45 Distance supplémentaire parcourue (en minutes) selon le statut et la taille de l'établissement hospitalier dans lequel a eu lieu le séjour pour les 15 spécialités étudiées

Hospitalisations complètes et partielles	Séjours concernés	Distance supplémentaire parcourue	
	Effectifs	Moyenne	Médiane
<i>Séjours non effectués au plus proche</i>			
Etablissement du séjour : Statut* Taille			
Privé lucratif <100	110	31	12
Privé lucratif ≥100	201	26	13
Public CHR*	68	45	20
Autre public ou Espic** <300	79	51	15
Autre public ou Espic** ≥300	49	32	16
Non classé	35	42	9
Total	542	-	-

* CHR : Centre hospitalier régional ; ** Espic : Établissement de santé privé d'intérêt collectif.
Source : ESPS 2010.

6.3.4. Les distances parcourues en fonction des caractéristiques de contexte du lieu de résidence du patient

Le contexte du lieu de résidence du patient est envisagé sous deux angles. Le premier concerne l'accessibilité à l'offre de soins dans le territoire et le second, la caractérisation du type d'espace géographique dans lequel il vit.

Le niveau d'offre de soins est mesuré par un indicateur de distance moyenne au service adéquat dans le territoire de santé dans lequel réside le patient puisqu'il n'est pas possible de quantifier les lits par spécialité à partir des bases de données existantes. L'indicateur de distance moyenne au service adéquat dans le territoire de santé est utilisé comme approximation conjointe de la disponibilité et de l'accessibilité de l'offre dans le territoire d'organisation de l'offre hospitalière au niveau local.

De manière générale et avec toutes les précautions qui s'imposent au regard des effectifs des classes, le taux de recours au plus proche varie en fonction de la distance moyenne au service le plus proche [Tableau 46]. De façon cohérente, la distance parcourue augmente lorsque la distance moyenne au service le plus proche du territoire de santé augmente [Tableau 47] et la distance supplémentaire moyenne et médiane également [Tableau 48].

Le taux de recours au service adéquat le plus proche est plus important dans les grands pôles et, à l'opposé, beaucoup plus faible que la moyenne pour les patients résidant dans une commune urbaine de la couronne d'un grand pôle (53 % contre 59 % en moyenne) ou dans une commune isolée (54% contre 59 % en moyenne) [Tableau 49].

Tableau 46 Proportion de séjours hospitaliers selon la distance moyenne (en minutes) au service adéquat dans le territoire de santé et recours au service le plus proche pour les 15 spécialités étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Recours au plus proche			
	Non		Oui	
	Effectifs	% pondéré	Effectifs	% pondéré
Moins de 15 minutes	375	49	413	51
15 à 30 minutes	158	30	367	70
30 à 60 minutes	9	41	18	59
Plus d'une heure			5	100
Total	542	41	803	59

Source : ESPS 2010.

Tableau 47 Distance parcourue (en minutes) selon la distance moyenne au service hospitalier adéquat dans le territoire de santé pour les 15 spécialités hospitalières étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Distance parcourue		
	Séjours Effectifs	Moyenne	Médiane
Classe de distance moyenne au service adéquat dans le territoire de santé			
Moins de 15 minutes	788	30	20
15 à 30 minutes	525	29	25
30 à 60 minutes	27	103	53
Plus d'une heure	5	88	72
Total	1 345	-	-

Source : ESPS 2010.

Tableau 48 Distance supplémentaire parcourue (en minutes) selon la distance moyenne au service hospitalier adéquat dans le territoire de santé pour les 15 spécialités hospitalières étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Distance supplémentaire		
	Séjours Effectifs	Moyenne	Médiane
Distance moyenne au service adéquat dans le territoire de santé			
Moins de 15 minutes	375	35	16
15 à 30 minutes	158	24	11
30 à 60 minutes	9	140	6
Total	542	-	-

Source : ESPS 2010.

Tableau 49 Proportions de recours au service hospitalier le plus proche ou non en fonction du type d'espace pour les 15 spécialités hospitalières étudiées

<i>Hospitalisations complètes et partielles</i>	Recours au plus proche			
	Non		Oui	
	Effectifs	% pondéré	Effectifs	% pondéré
Zonage en aires urbaines				
Commune de grand pôle	268,0	40,0	436,0	60,0
Commune urbaine en couronne de grand pôle	72,0	47,1	81,0	52,9
Commune rurale en couronne de grand pôle	71,0	40,6	106,0	59,4
Commune de petit ou moyen pôle	49,0	40,3	74,0	59,8
Commune en couronne de petit ou moyen pôle	39,0	37,4	54,0	62,6
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	43,0	45,6	52,0	54,4
Total	542,0	41,2	803,0	58,8

Source : ESPS 2010.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 50 Distances parcourues selon les caractéristiques individuelles de patients hospitalisés pour les séjours effectués dans l'une des 15 spécialités étudiées

Hospitalisations complètes et partielles	Distance parcourue totale			Distance parcourue au plus proche				Distance supplémentaire		
	Effectifs	Moyenne	Médiane	Effectifs	% plus proche	Moyenne	Médiane	Effectifs	Moyenne	Médiane
Sexe										
Homme	618	33	23	336	54	16	13	282	54	32
Femme	727	29	22	467	64	16	16	260	51	34
Age										
Moins de 16 ans	121	25	19	91	75	18	17	30	46	27
16 à 25 ans	90	33	20	54	60	13	14	36	65	37
26 à 45 ans	328	24	21	214	65	15	15	114	40	29
46 à 60 ans	318	34	24	161	51	15	13	157	52	37
61 à 75 ans	290	34	22	156	54	17	14	134	53	31
Plus de 75 ans	198	37	25	127	64	19	15	71	68	41
Catégorie socioprofessionnelle*										
Autre, inconnu	244	31	22	160	66	17	16	84	55	37
Agriculteurs	42	35	28	30	71	26	23	12	/	45
Artisans, commerçants	81	33	21	47	58	17	14	34	52	30
Cadres et prof. intellectuelles	126	39	23	59	47	13	0	67	64	33
Professions intermédiaires	184	31	21	105	57	13	12	79	56	35
Employés	339	27	22	216	64	17	16	123	42	31
Ouvriers	329	32	25	186	57	16	13	143	53	34
Occupation principale										
Actifs	468	30	22	259	55	16	15	209	48	32
Chômeurs	459	33	24	263	57	18	16	196	54	35
Retraités/veufs	82	24	16	54	66	11	8	28	46	27
Autres inactifs	187	29	19	122	65	13	8	65	59	46
Enfants	114	33	22	78	68	18	18	36	64	37
Autre	35	30	18	27	/	/	/	8	/	/
Niveau d'études										
Inconnu	34	31	18	26	76	12	11	8	66	27
Aucun diplôme	331	29	23	206	62	17	16	125	49	37
CEP, BEP, CAP	610	31	23	358	59	17	16	252	52	32
BAC	139	32	21	94	68	17	14	45	61	35
BAC +2	89	27	22	48	54	12	10	41	44	35
Supérieur à BAC +2	129	36	21	65	50	14	11	64	58	31
Autre	13	---	---	6	---	---	---	7	---	---
Revenu mensuel net par unité de consommation										
Inconnu	152	34	24	76	50	18	14	76	49	34
1 ^{er} quintile	347	26	21	232	67	16	12	115	45	32
2 ^e quintile	161	29	25	101	63	19	19	60	46	31
3 ^e quintile	175	33	22	107	61	18	17	68	56	38
4 ^e quintile	133	26	21	74	56	14	17	59	41	29
5 ^e quintile	159	37	23	81	51	16	14	78	59	33
Abandon 2 ^e contact	218	33	20	132	61	14	13	86	64	37
Limitation d'activité										
Inconnu	385	32	21	236	61	16	14	149	57	35
Oui, fortement limité	184	36	26	109	59	17	17	75	62	32
Oui, limité, mais pas fortement	261	34	23	153	59	19	15	108	53	37

* Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie socioprofessionnelle renseignée est celle du chef de ménage.

Source : ESPS 2010.

6.3.5. Analyse des distances parcourues selon quelques caractéristiques individuelles des patients

De manière générale, les femmes recourent beaucoup plus fréquemment au service le plus proche de chez elles (ce qui s'explique en partie par l'importance de l'obstétrique parmi les spécialités), tendance que l'on ne retrouvait pas pour le recours aux soins de ville [Tableau 50]. Cependant, ce sont les hommes qui, en moyenne, ont les distances parcourues et les distances supplémentaires (lorsqu'ils ne vont pas dans l'établissement le plus proche) les plus importantes. Les médianes expriment en revanche la tendance inverse, traduisant des comportements « extrêmes » spécifiques.

Le taux de recours au service le plus proche est plus important pour les plus jeunes, puis pour les 26-45 ans et les plus de 75 ans. C'est aussi pour ces tranches d'âge que la distance parcourue au service le plus proche est la plus importante. On constate par ailleurs que la distance parcourue totale est plus faible pour les plus jeunes et plus élevée pour les plus âgés. Ce sont les plus de 75 ans et les 16-25 ans qui parcourent les distances supplémentaires les plus importantes.

Ce sont les personnes appartenant aux catégories de milieu social relatives aux cadres et aux professions intellectuelles (catégorie de la personne de référence du ménage) qui ont le taux de recours au service le plus proche le plus faible et qui parcourent en moyenne les plus grandes distances. mais ce sont les ouvriers qui ont la distance médiane la plus importante ainsi que les agriculteurs (les résultats sont à interpréter avec précaution car les effectifs sont relativement faibles pour cette catégorie). On constate par ailleurs que le taux de recours au service le plus proche varie en sens inverse du revenu : il diminue lorsque le niveau de revenu augmente.

Les dimensions relatives à l'état de santé montrent que le taux de recours au plus proche n'est pas lié au fait d'être limité, alors qu'un état de santé déclaré comme mauvais ou très mauvais est lié à un taux de recours au service le plus proche plus faible que pour les autres patients hospitalisés.

6.4. Modélisation économétrique des déplacements effectués par les patients en cas d'hospitalisation

La question essentielle qui se pose concernant le lieu d'une hospitalisation est celle de la distance supplémentaire parcourue au-delà du service adapté le plus proche. Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer que le patient ne soit pas hospitalisé dans l'établissement le plus proche ? Relèvent-ils du patient (éloignement du domicile, établissement public ou privé) ? Quelle est l'importance des facteurs relatifs à l'offre (temps d'accès à l'établissement hospitalier le plus proche) ?

Dans cette partie, nous modélisons donc les distances supplémentaires parcourues par les patients dans le cadre d'une hospitalisation au-delà du service adapté le plus proche. Cette analyse se focalise sur les individus de 16 ans ou plus dans la mesure où les seuls services repérés dans cette étude concernent majoritairement des services fréquentés par les adultes¹³.

¹³ Cependant, à titre indicatif, nous présentons aussi en annexe les résultats des modèles réalisés sur l'ensemble de la population.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 51 Distribution des distances supplémentaires (en minutes) sur l'ensemble des hospitalisations complètes et partielles (1 345) des 15 spécialités étudiées

Nb d'hospit.	Moy.	P25	P50	P75	P90	P95	P99	P100
1 345	14,7	0	0	12	36,5	75,5	199,5	702,5

Source : ESPS 2010.

Tableau 52 Distribution des ajouts de distances (en minutes) après avoir enlevé les extrêmes (> 4 heures) pour les hospitalisations complètes et partielles restantes (1 337) des 15 spécialités étudiées

Nb de séjours	Moy.	P25	P50	P75	P90	P95	P99	P100
1 337	12,0	0	0	11,5	35	66	139	225,5

Source : ESPS 2010.

Par ailleurs, à l'instar de l'analyse des distances effectuées pour recourir aux soins ambulatoires, nous ôtons de l'étude les distances « extrêmes » dans la mesure où celles-ci ne nous semblent pas correspondre à des logiques de déplacements ayant été arbitrées à partir du domicile du patient. L'existence d'un décrochage particulièrement important sur le dernier percentile de la distribution nous conduit à retirer dix séjours effectués au-delà de 4 heures de trajet du domicile. Ces séjours correspondent en majorité à des séjours de GHM affectés du niveau de sévérité 1, c'est-à-dire le moins sévère, à des séjours réalisés en ambulatoire strict ou de très courte durée pour une affection banale. Il ne s'agit donc pas *a priori* d'hospitalisations lointaines justifiées par la recherche d'un professionnel de santé hyperspécialisé ou très réputé.

6.4.1. Estimation empirique

Pour analyser les distances supplémentaires effectuées dans le cadre d'une hospitalisation au-delà du service adéquat le plus proche, nous réalisons un modèle linéaire s'écrivant comme suit :

$$DISTSUP_s = \pi + \gamma_1 X_i + \gamma_2 X_c +$$

Avec :

- i : les individus
- s : les séjours hospitaliers
- $DISTSUP_s$: la distance supplémentaire réalisée lors du séjours s
- X_i : le vecteur des caractéristiques individuelles ;
- X_c : le vecteur des variables contextuelles caractérisant l'offre de soins hospitalière la plus proche adaptée au motif d'hospitalisation du patient ;
- ε_s : les résidus

Variables explicatives (X_i et X_c)

Les variables explicatives reflétant les caractéristiques individuelles sont l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et le revenu par unité de consommation. L'état de santé déclaré et les limitations d'activité ne sont pas conservés dans notre modèle puisqu'ils ne sont jamais significatifs lorsqu'ils sont introduits. Le niveau de sévérité affecté à la prise en charge ne permet pas de mesurer réellement la gravité de la maladie car cette variable composite n'équivaut pas strictement à un niveau de gravité motivant le séjour ni à

l'état de santé global du patient ; c'est pourquoi nous ne la retenons pas. En revanche, nous tenons compte du passage aux urgences et de la durée d'hospitalisation.

Les variables permettant de décrire l'offre de soins concernent les caractéristiques des établissements de santé hospitaliers ainsi que le type d'espace du lieu de résidence du patient. En ce qui concerne l'établissement dans lequel a eu lieu l'hospitalisation, nous distinguons trois catégories : 1/ Centre hospitalier régional (CHR), 2/ autre établissement de santé public ou établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et 3/ établissement de santé privé à but lucratif. La taille de l'établissement, hormis pour le cas des CHR et contrairement au statut, n'a pas d'effet significatif sur les distances supplémentaires et n'a donc pas été retenue bien qu'étant liée au degré de spécialisation (disciplines plus variées). Concernant l'accessibilité de l'offre, nous introduisons, d'une part, le temps d'accès à l'établissement le plus proche disposant de la discipline adéquate pour chaque individu et, d'autre part, le temps moyen nécessaire pour recourir à l'offre hospitalière adaptée la plus proche dans le territoire de santé du patient. Enfin, le zonage en aires urbaines est utilisé pour caractériser le type d'espace.

Hypothèses et méthode d'estimation

Les résidus sont supposés suivre une loi normale et être indépendants : i/ deux à deux ; ii/ des variables des vecteurs X_i et X_c . Ce modèle est estimé par une régression linéaire. Des *clusters* « individus » autorisent une corrélation entre les résidus des séjours hospitaliers effectués par un même patient. Ils permettent de corriger la variance estimée des estimateurs. Les résultats sont présentés dans le tableau 53.

Le champ retenu inclut l'ensemble des hospitalisations de notre échantillon étudié, y compris celles effectuées au plus proche pour lesquelles la distance supplémentaire est donc considérée comme nulle.

Rappelons que ces travaux sur les distances supplémentaires effectuées dans le cadre d'une hospitalisation sont exploratoires et ne doivent être considérés que comme des premiers résultats à confirmer dans des analyses ultérieures. Ces dernières pourront s'appuyer sur des effectifs plus importants (en rassemblant les données d'ESPS 2010 et 2012) et sur des méthodes d'estimation plus adaptées (en tenant compte du nombre important de distances supplémentaires nulles quand le recours se fait au plus proche).

6.4.2. Résultat du modèle

Toutes choses égales par ailleurs, les distances supplémentaires parcourues (incluant les distances nulles, c'est-à-dire le recours effectif au plus proche) ne sont pas différentes selon l'âge et le sexe. Pourtant, Moschetti (2005) avait mis en évidence un effet linéaire, à partir des hospitalisations des patients habitant le Limousin. L'augmentation de l'âge des patients diminuait leur probabilité d'effectuer une distance supplémentaire et induisait aussi une probabilité plus importante pour les hommes d'effectuer une distance supplémentaire pour recourir aux soins hospitaliers. Une explication possible est la sélection des séjours opérés dans notre étude à cause des contraintes méthodologiques.

Concernant les catégories socio-professionnelles, ce sont les agriculteurs qui parcourent les distances supplémentaires les plus faibles (-8 à 9 minutes par rapport aux ouvriers). Les plus aisés parcourent des distances supplémentaires plus importantes (respectivement +5 et +9 minutes pour ceux appartenant respectivement aux tranches de revenu 1 351 à 1 850 euros par unité de consommation (UC), et au-dessus de 1 850 euros par UC par rapport à ceux appartenant à la tranche de revenu par UC la plus basse).

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

Tableau 53 Modélisation des distances supplémentaires concernant les hospitalisations des 16 ans ou plus dans les 15 spécialités étudiées

	Distances supplémentaires		
	EM.	Pr.	
Sexe (Réf. : Hommes)			
Femmes	0,2	0,906	
Age			
Age	-0,1	0,787	
Age2	0,0	0,968	
Catégorie socioprofessionnelle (Réf. : Ouvriers)			
Agriculteurs	-8,7	0,017	
Artisans, commerçants	-0,4	0,904	
Cadres et professions intellectuelles	2,5	0,559	
Professions intermédiaires	-4,2	0,103	
Employés	-0,7	0,769	
Non renseigné	2,9	0,351	
Revenu mensuel par unité de consommation (Réf. : ≤ 950 €)			
951 à 1 350 €	4,9	0,049	
1 351 à 1 850 €	4,8	0,054	
Supérieur à 1 850 €	9,5	0,016	
Non renseigné	4,0	0,043	
Passage aux urgences (Réf. : non)			
Oui	-3,2	0,238	
Zonage en aires urbaines (Réf. : Commune de grand pôle)			
Commune en couronne de grand pôle	5,6	0,026	
Commune de petit ou moyen pôle	13,7	0,001	
Commune en couronne de petit ou moyen pôle	16,2	0,001	
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	13,2	0,004	
Durée d'hospitalisation (Réf. : au moins 2 nuits)			
Hospitalisation de jour	-4,1	0,131	
1 nuit	-5,8	0,035	
Statut d'établissement (Réf. : Public hors CHR)			
Centre hospitalier régional (CHR)	4,7	0,140	
Privé	3,6	0,084	
Non renseigné	1,7	0,736	
Temps moyen dans le territoire de santé (Réf. : Inférieur à la moyenne nationale)			
Supérieur à la moyenne nationale	-7,0	0,000	
Non renseigné	2,9	0,691	
Équipement le plus proche (Réf. : Commune équipée)			
En dehors de la commune	1 à 14 minutes	-1,3	0,579
	15 à 24 minutes	-5,0	0,033
	25 à 39 minutes	-5,2	0,124
	Supérieur à 40 minutes	-4,1	0,460
Spécialité (Réf. : Autres)			
Orthopédie	3,3	0,255	
Endoscopie	-3,5	0,258	
Obstétrique	-8,0	0,003	
Ophthalmologie	9,9	0,060	
Constante	13,1	0,076	
Nombre d'observations	1 216		

EM. : effet marginal exprimé en minutes ; Pr. : probabilité que l'effet marginal soit nul.

*Pour les enfants de moins de 18 ans, la PCS renseignée est celle du chef de ménage.

Source : ESPS 2010.

Pour les 16 ans ou plus, les distances supplémentaires ne sont pas significativement différentes lorsque le patient est passé par le service des urgences. Toutefois, en incluant les moins de 16 ans, les distances supplémentaires parcourues sont plus faibles lorsqu'il y a eu un passage par le service des urgences, de 4 minutes en moyenne (Annexe). Ces résultats peuvent refléter la moins grande mobilité des enfants comparativement aux adultes, notamment dans la vie quotidienne. En ce qui concerne la durée d'hospitalisation, par rapport à une hospitalisation complète classique (au moins deux nuits), la distance supplémentaire est plus courte pour les hospitalisations de plus courte durée (de 6 minutes) et ne diffère pas en cas d'hospitalisation de jour. Si les hospitalisations de courte durée peuvent relever de cas moins graves, les hospitalisations de jour, quant à elles, parfois itératives, dépendent souvent d'un équipement spécifique soumis à un régime d'autorisation d'implantation (comme la dialyse rénale ou la radiothérapie) ou à une spécialité particulière (telle la chimiothérapie). Le statut de l'établissement a un effet significatif sur la distance supplémentaire parcourue : par rapport à une hospitalisation dans le secteur public hors CHR, la distance supplémentaire est plus longue pour les hospitalisations réalisées dans le secteur privé. Cependant, si l'on supprime la variable Revenu du modèle, le CHR a un effet positif, allongeant les distances supplémentaires, traduisant leur accès plus fréquent par les personnes les plus favorisées.

Toutes choses égales par ailleurs, le type d'espace a un effet majeur pesant sur les distances supplémentaires parcourues. Par rapport aux habitants des grands pôles, les habitants des couronnes des grands pôles ont un trajet allongé en moyenne de 6 minutes pour être hospitalisés dans le service recherché. Les distances supplémentaires parcourues dans les autres cas sont doublées, voire triplées : 14 minutes pour les patients des petits et moyens pôles, 16 minutes pour les habitants de leurs couronnes et 13 minutes pour ceux résidant dans les communes isolées hors de l'influence des pôles.

Par ailleurs, la distance supplémentaire est raccourcie de 7 minutes si le temps moyen d'accès à la spécialité adéquate est supérieur à la moyenne nationale dans le territoire de santé où réside le patient. Ces résultats sont cohérents avec ceux concernant les soins de ville : la propension à parcourir des distances supplémentaires est plus faible en cas d'éloignement de l'offre.

Quant aux spécialités médicales, on observe un effet très net et discriminant. En effet, les distances supplémentaires parcourues pour accéder à un service d'ophtalmologie sont allongées en moyenne de 10 minutes alors que celles concernant la gynécologie-obstétrique sont diminuées de 8 minutes et celles concernant l'endoscopie digestive et l'orthopédie ne sont pas différentes de l'ensemble des autres spécialités. Ceci semble plaider pour un choix de services souvent plus éloignés pour l'ophtalmologie, et pour la nécessaire proximité en obstétrique.

6.5. Discussion

L'exploitation d'ESPS 2010 concernant les pratiques spatiales en matière de recours à l'hospitalisation de court séjour s'inscrit dans le cadre d'une démarche exploratoire puisque l'enquête de 2010 est la première à être appariée avec les données du PMSI-MCO. Son utilisation permet d'explorer les facteurs explicatifs de la variabilité des pratiques spatiales de recours en mobilisant conjointement des caractéristiques individuelles des patients, non collectées dans les bases médico-administratives de séjours hospitaliers, et les dimensions liées, d'une part, à l'offre de soins et, d'autre part, au type d'espace dans lequel réside la population.

On met ainsi en évidence l'impact à la fois des caractéristiques individuelles et de contexte sur les distances supplémentaires parcourues (par rapport à la distance à l'équi-

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Les distances d'accès aux soins hospitaliers de court séjour

Irdes octobre 2016

pement le plus proche) en cas d'hospitalisation pour les 15 spécialités étudiées. Ces deux dimensions contribuent de façon aussi importante, contrairement aux soins de ville pour lesquels le contexte joue un rôle prépondérant.

Si les réformes successives ont permis un enrichissement de l'information disponible sur la nature et les coûts liés à l'activité hospitalière en modifiant la gestion des hôpitaux (T2A-MCO), elles l'ont aussi parfois amputée de dimensions importantes pour la recherche. Notamment, l'identification et la localisation géographiques des disciplines d'équipement des établissements de santé ou spécialités fines ne sont plus disponibles dans les bases médico-administratives, seuls y sont distingués les grands groupes de disciplines (tels que médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, SSR...). Ces informations, qui figuraient auparavant dans les bases de données de l'Assurance maladie et dans le répertoire Finess, sont pourtant cruciales pour la recherche.

Une première limite de ce travail est ainsi liée à la forte attrition (la moitié) de notre échantillon ESPS initial restreignant le champ d'étude aux 18 spécialités MCO retenues : celles-ci ont été identifiées par la nature des soins (T2A-GHM) nécessitant la compétence spécifique d'un médecin ou d'un chirurgien. Ainsi, ce repérage exclut de fait les GHM qui pourraient relever des nombreux services de médecine générale ou de chirurgie générale qui délivrent des soins courants (par exemple, hypertension artérielle en médecine, appendicectomie en chirurgie). De surcroît, les faibles effectifs présents dans la plupart des spécialités retenues obligent à des regroupements et n'autorisent pas la recherche d'effets propres de chacune d'elles.

Par ailleurs, certains résultats de l'étude sont à prendre avec précaution car ils sont parfois difficiles à interpréter. Par exemple, l'impact particulièrement fort du type d'espace dans lequel réside le patient mérite d'autres investigations. Des données complémentaires permettraient de mieux cerner l'effet propre de cette variable en captant l'effet d'autres dimensions non recueillies ici. Ainsi, d'autres éléments potentiellement explicatifs seraient utiles pour éclairer la complexité des parcours de soins avec séjour(s) hospitalier(s). Par exemple, il est nécessaire de pouvoir tenir compte des effets d'adressage des patients et de mieux définir le moment où se situe le séjour dans la prise en charge ou l'épisode de soins : s'agit-il d'un événement ponctuel pour maladie aiguë ou bien d'un moment particulier dans la prise en charge d'une maladie chronique ? Il serait aussi opportun de chaîner les différents séjours d'un même patient. L'hospitalisation étant un événement rare, ESPS ne peut apporter des réponses à l'ensemble des questions posées du fait des effectifs, mais en permet l'exploration. Une partie des éléments inobservables ici pourra être considérée dans la prochaine étape de ce travail à partir de nouvelles questions introduites spécialement dans ESPS 2012.

Conclusion

Au-delà de l'accessibilité spatiale aux soins, la question ici traitée est celle de l'accès effectif des patients et donc du choix de l'offre. Plus précisément, l'objectif de ce travail était d'analyser les consommations de soins lorsque le patient se déplace pour avancer dans la compréhension des circonstances qui le conduisent à consulter un médecin ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Cela fait alors prévaloir un autre choix que celui de la seule commodité géographique.

L'étude des pratiques spatiales de recours a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) intégrant les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) [PMSI-MCO].

Les pratiques spatiales de recours aux soins étant fortement dépendantes des préférences individuelles ainsi que des caractéristiques contextuelles liées à l'offre de soins et au type d'espace dans lequel résident les patients, nous avons mesuré les effets propres de chacune de ces variables. Pour les soins ambulatoires, nous nous sommes appuyés sur des analyses économétriques modélisant séquentiellement le fait de consulter, le fait de recourir ou non au professionnel de santé le plus proche et la distance supplémentaire parcourue par les patients. Pour les recours hospitaliers, l'analyse s'est focalisée sur les distances supplémentaires parcourues afin d'étudier les facteurs qui peuvent expliquer que le patient ne soit pas hospitalisé dans l'établissement le plus proche de son domicile.

Pour les soins ambulatoires nécessitant le déplacement du patient¹⁴, la modélisation permet de mettre en évidence le rôle significatif des caractéristiques d'offre sur le recours aux soins médicaux ambulatoires. Ainsi, à caractéristiques individuelles identiques (dont l'état de santé déclaré), un niveau d'APL élevé (niveau 4) augmente la probabilité que les patients consultent au moins une fois le médecin généraliste dans l'année. De plus, en cas de recours aux soins, le fait de consulter le professionnel de santé le plus proche et la distance supplémentaire parcourue sont influencés par des caractéristiques individuelles mais surtout de contexte. Deux faits sont mis en évidence : d'une part, des pratiques différentes entre individus, qui peuvent refléter à la fois des comportements de mobilité non spécifiques au champ de la santé (mobilité quotidienne) ou bien des préférences en matière d'usage du système de soins (recherche d'un professionnel particulier...) ; d'autre part, un impact majeur de l'offre de soins avec un effet distinct de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) et de la distance au professionnel adapté le plus proche. Ainsi, un faible niveau d'APL diminue la probabilité de consulter le généraliste ou le chirurgien-dentiste le plus proche comparativement au niveau d'APL le plus élevé (plus du double de la moyenne nationale). Pour les spécialistes, l'effet est surtout marqué pour les patients qui résident dans les communes où l'APL est la plus faible (niveau 1). Concernant les distances supplémentaires, celles-ci sont plus importantes dès

¹⁴ Rappelons ici que les infirmiers et kinésithérapeutes sont exclus de l'analyse car ils interviennent souvent au domicile des patients. De même, contrairement aux consultations au cabinet, les visites à domicile des médecins sont exclues de l'analyse car c'est alors le professionnel de santé qui se déplace et non le patient.

lors que le niveau d'APL est inférieur au niveau le plus élevé (APL niveau 4). La disponibilité de l'offre impacte donc les distances parcourues par les patients qui recherchent une solution alternative, plus éloignée. Ceci peut être lié à certaines dimensions de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins que nous ne pouvons observer comme la disponibilité horaire, les délais d'attente, par exemple, qui concerneraient plus particulièrement les patients résidant dans des communes à faible APL. Une partie de ces limites seront traitées en exploitant les nouvelles questions introduites dans ESPS 2012 sur les critères de choix de l'offre de soins. On constate aussi qu'une distance au plus proche supérieure à 30 minutes diminue la distance supplémentaire parcourue qui indique une faible propension à se déplacer lorsque la distance minimale est élevée. Cet effet est associé par ailleurs à une plus faible probabilité de recourir aux soins de spécialistes (hors soins délivrés au domicile des patients) lorsque la distance au professionnel le plus proche est supérieure à 30 minutes. Pour ces derniers, les dimensions de l'offre de soins à notre disposition tendent à montrer que, toutes choses égales par ailleurs, de faibles niveaux d'accessibilité à l'offre tendent à réduire à la fois la probabilité de recourir et la possibilité de choisir un médecin. Enfin, le type de territoire, appréhendé par les concepts d'unité urbaine et de zonage en aires urbaines, a également un effet propre captant aussi certainement des caractéristiques territoriales inobservables ici liées à l'offre de soins et à la mobilité, notamment. On constate ainsi que les patients résidant dans des communes isolées hors de l'influence d'un pôle parcourent toujours des distances supplémentaires plus élevées que ceux habitant dans un grand pôle. Les nouvelles questions sur la mobilité quotidienne introduites dans ESPS 2012 devraient permettre de mieux comprendre la signification de cette dimension en tenant compte de ce qui relève des comportements de mobilité non spécifiques aux soins (liée notamment au lieu de travail).

Pour les soins hospitaliers, l'analyse relève plus d'une démarche exploratoire puisque l'enquête de 2010 est le premier opus d'ESPS à être apparié avec les données du PMSI-MCO. Elle fournit des premiers résultats mettant en évidence conjointement l'impact des caractéristiques individuelles et de contexte sur les distances supplémentaires parcourues en cas d'hospitalisation. Les deux dimensions contribuent de façon aussi importante contrairement aux soins de ville pour lesquels le contexte joue un rôle prépondérant. Des éléments explicatifs complémentaires sont nécessaires pour mettre notamment en évidence la complexité du parcours de soins nécessitant le recours au système hospitalier. Par exemple, il est important de considérer les effets d'adressage des patients et le moment où se situe le séjour dans la prise en charge ou l'épisode de soins pour comprendre pourquoi l'établissement adéquat le plus proche est contourné. Tout comme pour l'ambulatoire, des questions spécifiques ont été introduites dans ESPS 2012 pour explorer ces aspects.

Globalement, que ce soit sur le champ de l'ambulatoire ou celui de l'hospitalisation en court séjour, nos résultats mettent en évidence l'impact respectif des principales dimensions individuelles et contextuelles permettant d'expliquer la variabilité des pratiques spatiales de recours aux soins médicaux. Plus précisément, ils montrent comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Une faible accessibilité de l'offre de soins conditionne les déplacements des patients, majorant les inégalités sociales d'accès aux soins. En effet, elle réduit le choix de certaines catégories de patients moins mobiles et pose la question du coût du trajet engendré. *A contrario*, certains patients sont plus mobiles. Au sein de ces pratiques spatiales distinctes, quelle est la part de ce qui relève plus largement des comportements de mobilité personnelle liés à la vie quotidienne de chaque individu (notamment son lieu de travail) ? Comment la mobilité pour recourir aux soins s'intègre-t-elle dans la mobilité quotidienne ? Pour prendre en compte les pratiques spatiales distinctes des individus dans les politiques de santé, il est nécessaire de mieux les comprendre en prolongeant ce travail à partir des nouvelles questions posées dans ESPS 2012.

Les résultats de cette étude apporteront des informations aux décideurs leur permettant de prendre en compte les pratiques spatiales différenciées des individus. Ils sont également éclairants en matière de besoins des populations, l'enjeu étant d'assurer un accès équitable pour tous sur l'ensemble du territoire tout en conciliant la sécurité et la qualité des soins.

Annexe

Tableau annexe 1 Répartition des séjours selon le niveau de sévérité et la spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées – effectifs et % en ligne

Hospitalisations complètes et partielles		Niveau de sévérité										Eff.
		Niveau de gravité				Degré de complexité						
		1	2	3	4	A	B	C	J	T	Z	
Spécialité hospitalières												
Cardiologie	Eff.	12	7	2	0	0	0	0	5	3	0	29
	%	41,4	24,1	6,9	0	0	0	0	17,2	10,3	0	
Chirurgie cardiaque	Eff.	9	7	2	2	0	0	0	0	1	0	21
	%	42,9	33,3	9,5	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0	
Chirurgie vasculaire	Eff.	12	1	3	1	0	0	0	0	0	9	26
	%	46,2	3,9	11,5	3,9	0	0	0	0	0	34,6	
Chirurgie digestive	Eff.	47	9	5	1	0	0	0	4	0	0	66
	%	71,2	13,6	7,6	1,52	0	0	0	6,1	0	0	
Chirurgie orthopédique	Eff.	128	34	4	1	0	0	0	84	0	0	251
	%	51	13,6	1,6	0,4	0	0	0	33,5	0	0	
Endoscopies	Eff.	0	0	0	0	0	0	0	167	0	69	236
	%	0	0	0	0	0	0	0	70,8	0	29,2	
Hépto-gastro-entérologie (HGE)	Eff.	22	10	4	2	0	0	0	1	18	15	72
	%	30,6	13,9	5,6	2,8	0	0	0	1,4	25	20,8	
Neurochirurgie	Eff.	17	2	0	0	0	0	0	0	0	0	19
	%	89,5	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0	
Neurologie	Eff.	24	19	4	3	0	0	0	0	30	0	80
	%	30	23,8	5	3,8	0	0	0	0	37,5	0	
Néphrologie	Eff.	16	9	2	1	0	0	0	5	10	5	48
	%	33,3	18,8	4,17	2,1	0	0	0	10,4	20,8	10,4	
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	Eff.	31	4	1	1	0	0	0	36	8	2	83
	%	37,4	4,8	1,2	1,2	0	0	0	43,4	9,64	2,4	
Obstétrique	Eff.	0	0	0	0	111	19	9	4	20	29	192
	%	0	0	0	0	57,8	9,9	4,7	2,1	10,4	15,1	
Ophtalmologie	Eff.	33	1	0	0	0	0	0	81	0	0	115
	%	28,7	0,87	0	0	0	0	0	70,4	0	0	
Pneumologie	Eff.	3	3	1	0	0	0	0	9	2	0	18
	%	16,7	16,7	5,6	0	0	0	0	50	11,1	0	
Urologie	Eff.	52	12	2	1	0	0	0	17	4	1	89
	%	58,4	13,5	2,3	1,12	0	0	0	19,1	4,5	1,12	
Total	Eff.	406	118	30	13	111	19	9	413	96	130	1345
	%	30,2	8,8	2,2	1,0	8,3	1,4	0,7	30,7	7,1	9,7	100

Source : ESPS 2010.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Annexe

Irdes octobre 2016

Tableau annexe 2 Distribution des distances au service adéquat le plus proche (en minutes) par spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées

	Nb séjours	Moyenne	Percentiles										
			0	1	5	10	25	50	75	90	95	99	100
Spécialités hospitalières													
Cardiologie	29	15	0	0	0	0	0	15	26	34	35	36	36
Chirurgie cardiaque	21	47	0	0	0	0	26	41	65	99	146	146	146
Chirurgie vasculaire périphérique	26	29	0	0	0	0	7,5	26	49	61	67,5	67,5	67,5
Chirurgie digestive	66	14	0	0	0	0	5	15	20	25	27	35,5	96,5
Chirurgie orthopédique	251	15	0	0	0	0	0	15	24	31	38	51	53,5
Endoscopies	236	14	0	0	0	0	0	13	22	31	35,5	44	66,5
Hépto-gastro-entérologie (HGE)	72	13	0	0	0	0	0	12	19	31	43	51,5	51,5
Neurochirurgie	19	38	0	0	0	0	16	41	58	67	85	85	85
Neurologie	80	14	0	0	0	0	0	13	24	28	28	96,5	96,5
Néphrologie	48	17	0	0	0	0	8,5	19	25	34	35,5	36	48
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	83	16	0	0	0	0	0	14	24	41	50	60,5	60,5
Obstétrique	192	16	0	0	0	0	0	17	26	35	41	48	55,5

Source : ESPS 2010.

Tableau annexe 3 Distribution des distances totales parcourues (en minutes) par spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées

	Nb	Moyenne	Percentiles										
			0	1	5	10	25	50	75	90	95	99	100
Spécialités hospitalières													
Cardiologie	29	19	0	0	0	0	4,5	20	30,5	35	36	40,5	40,5
Chirurgie cardiaque	21	84	26	26	26	26	38	65	111	146	324	324	324
Chirurgie vasculaire périphérique	26	50	0	0	0	0	21	53	81,5	118	139	139	139
Chirurgie digestive	66	28	0	0	0	5	13	23	33	40	97,5	125	150
Chirurgie orthopédique	251	34	0	0	0	0	12	26	40,5	75	109	271	291
Endoscopies	236	25	0	0	0	0	7,5	20	29	40	52	104	730
Hépto-gastro-entérologie (HGE)	72	24	0	0	0	0	9	20	26,5	45	71,5	146	146
Neurochirurgie	19	66	0	0	0	0	46	57	76	138	138	309	309
Neurologie	80	38	0	0	0	0	7,5	21	29	83	124	475	475
Néphrologie	48	26	0	0	0	7,5	19	21	32	37	81	115	115
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	83	23	0	0	0	0	8,5	19	31,5	50,5	60,5	68	94,5
Obstétrique	192	23	0	0	0	0	9	21	29,5	41	48	159	218
Ophthalmologie	115	53	0	0	0	0	16	29	56	123	137	467	711
Pneumologie	18	24	0	0	0	0	0	22	32	40,5	147	147	147
Urologie	89	24	0	0	0	0	5,5	20	32,5	58,5	68	115	115

Source : ESPS 2010.

Tableau annexe 4 Modélisation de la propension à se déplacer pour recourir aux soins hospitaliers (distance supplémentaire parcourue) – ensemble de la population

	Distances supplémentaires		
	EM*	Pr.**	
Sexe (Réf. : Hommes)			
Femme	0,7	0,690	
Age			
Age	0,1	0,746	
Age2	0,0	0,636	
Catégorie socioprofessionnelle (Réf. : Ouvriers)			
Agriculteurs	-8,5	0,013	
Artisans, commerçants	0,6	0,860	
Cadres et professions intellectuelles	2,2	0,557	
Professions intermédiaires	-3,6	0,134	
Employés	-0,3	0,899	
Non renseigné	4,3	0,191	
Revenu par UC (Réf. : ≤ 950 €)			
951 à 1 350 €	3,5	0,142	
1 351 à 1 850 €	4,1	0,083	
Supérieur à 1 851 €	7,5	0,041	
Non renseigné	2,3	0,223	
Passage aux urgences (Réf. : non)			
Oui	-4,4	0,083	
Zonage en aires urbaines (Réf. : Commune de grand pôle)			
Commune en couronne de grand pôle	4,9	0,047	
Commune de petit ou moyen pôle	12,5	0,001	
Commune en couronne de petit ou moyen pôle	14,8	0,002	
Commune isolée hors de l'influence d'un pôle	12,0	0,006	
Durée d'hospitalisation (Réf. : au moins 2 nuits)			
Hospitalisation de jour	-3,8	0,113	
1 nuit	-6,3	0,012	
Statut d'établissement (Réf. : Public hors CHR)			
Centre hospitalier régional (CHR)	4,8	0,120	
Privé	3,1	0,138	
Non renseigné	1,7	0,729	
Temps moyen dans le territoire de santé (Réf. : inf à la moyenne nationale)			
Supérieur à la moyenne nationale	-7,5	0,000	
Non renseigné	1,1	0,872	
Équipement le plus proche (Réf. : Commune équipée)			
En dehors de la commune	1 à 15 minutes	-2,3	0,301
	15 à 24 minutes	-5,1	0,036
	25 à 39 minutes	-5,4	0,094
	Plus de 40 minutes	-5,4	0,297
Dummies spécialités (Réf. : Autres)			
Orthopédie	3,7	0,172	
Endoscopie	-3,6	0,199	
Obstétrique	-7,4	0,006	
Ophthalmologie	10,9	0,037	
Constante	10,6	0,023	
Nombre de contacts	1337		

* Effet marginal exprimé en minutes ; ** Pr : probabilité que l'effet marginal soit nul.
Source : ESPS 2010.

Bibliographie

- Arsif (2011). « Enquête en ligne réalisée par Harris Interactive du 18 au 28 novembre 2011 auprès d'un échantillon de 1002 individus représentatifs de la population d'Île-de-France âgée de 18 ans et plus ».
- Baccaïni B., Sémécurbe F., Thomas G. (2007). « Les déplacements domicile-travail amplifiés par la périurbanisation ». *Insee première*, n° 1129.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012a). « L'accessibilité potentielle localisée (APL) une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 174, mars.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012b). « 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, décembre.
- Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D., (2012c). « Offre de soins de premiers recours : proximité ne rime pas avec toujours avec accessibilité ». Drees, *Études et résultats*, n° 817.
- Barlet M., Marbot C. (Dir.), (2016). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*, Collection Panoramas de la Drees - Santé, avril, 160 p.
- Bärnighausen T., Bloom D.E., (2011). "The Global Health Workforce" in Glied S. et Smith P., *The Oxford handbook of health economics*, Oxford University press.
- Cases C., Lucas-Gabrielli V., Perronnin M., To M. (2008). « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMU-C des praticiens libéraux ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 130, mars.
- 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, juin.
- Collin C., Evain F, Mikol F , Minodier C. (2012). « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes ». Drees, *Études et Résultats*, n° 816.
- Com-Ruelle L., Faure H., Tonnellier F. (1989). *L'attraction de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris : L'hospitalisation de court séjour - Evolution 1981-1987*. Rapport CreDES, n° 339, décembre.
- Comber, A.J., Brunson C., Radburn R. (2011). "A Spatial Analysis of Variations in Health Access: Linking Geography, Socio-economic Status and Access Perceptions". *International journal of health geographics*, 10:44.

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Bibliographie

Irdes octobre 2016

- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*. Rapport Irdes, n° 553, juillet.
- Drees (2012), *Le panorama des établissements de santé*, édition 2012.
- Field K.S., Birggs D.J. (2001). "Socio-economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health-care". *Health Soc Care Community* 9(5): 294-308.
- Goddard M., Smith P. (2001). "Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK". *Social Science & Medicine*, 53(9): 1149-1162.
- Guagliardo M. (2004). "Spatial Accessibility of Primary Care: Concepts, Methods and Challenges". *International Journal of Health Geographics*, 3 (3).
- Haynes R., Lovett A., Sünnerberg G. (2003). "Potential Accessibility, Travel Time, and Consumer Choice: Geographical Variations". *Environment and Planning A* 35(10): 1733-1750.
- Hays S.M., Kearns R.A., Moran W. (1990). "Spatial Patterns of Attendance at General Practitioner Services". *Social Science and Medicine*, vol.31, n°7, pp. 773-791.
- Hubert J.P. (2009). « Dans les grandes agglomérations la mobilité quotidienne des habitants diminue, et elle augmente ailleurs ». *Insee première*, n° 1252.
- Joubert M. (2000). « Les flux de patients entre régions en 1997 d'après le PMSI », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 52.
- Jusot F. (2013). « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 61 n° 3.
- Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. (2011). « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 163, mars.
- Lacoste O., Spinosi L. (2002). *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population*, ORS NPDC.
- Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C. (2016). « Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) ». Irdes, *Document de travail*, n° 70, février.
- Luft H., Garnick D., Mark D., Peltzman D., Phibbs C., Lichtenberg E., Mc Phee S. (1990). "Does Quality Influence the Choice of Hospital? Journal of Quality of Hospital Services from an Economics of Information Perspective". *Journal of Health Care Marketing*, 10, pp16-22.
- Luo W. et Wang F. (2005). "Assessing Spatial and Nonspatial Factors for Healthcare Access: Towards an Integrated Approach to Defining Health Professional Shortage Areas". *Health and Place*, 11, 131-146.
- McGrail M.R. et Humphreys J.S. (2009a). "Measuring Spatial Accessibility to Primary Care in Rural Areas: Improving the Effectiveness of the Two-step Floating Catchment Area Method". *Applied Geography* 29(4), 533-541.

- McGrail, M.R. et Humphreys J.S. (2009b). "A New Index of Access to Primary Care Services in Rural Areas". *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol.33, n°5, pp.41-423.
- McGuirk MA., Porell F.W. (1984). "Spatial Patterns of Hospitals Utilisation: The Impact of Distance and Time". *Inquiry*, 21, pp 84-95 (Spring).
- Moschetti K. (2005). *Quelle place pour les préférences des patients dans la régulation du système hospitalier ?* Thèse pour le doctorat d'état en économie, Université de la Méditerranée.
- Penchansky R., Thomas J.W. (1981). "The Concept of Access". *Medical Care*, 19(2), p.127-140.
- Pilkington H. (2012). "Choice in Maternity Care: Associations with Unit Supply, Geographic Accessibility and User Characteristics". *International Journal of Health Geographics*, 11:35.
- Raynaud D. (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire ». Drees, *Etudes et Résultats*, n°378.
- Raynaud J. (2011). « Enquête réalisée en Juin 2011 auprès d'un échantillon représentatif de 1005 personnes en Languedoc-Roussillon », entretiens téléphoniques menés par le CSA.
- Salze *et al.* (2011). "Estimating Spatial Accessibility to Facilities on the Regional Scale: An Extended Commuting-based Interaction Potential Model". *International Journal of Health Geographics*, 10:2 doi:10.1186/1476-072X-10-2.
- Solard J., Evain F. (2012). « Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de 2 spécialités », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 794.
- Tonnellier F., Lucas V. (1995). *Distances réelles d'accès et attraction, Actes du colloque géographie et socio-économie de la santé*, Credes.
- Vallée J., Le Roux G., Chaix B., Kestens Y., Chauvin P. (2014). "The 'Constant Size Neighbourhood Trap' in Accessibility and Health Studies", *Urban Studies*, 1-20.
- Victoor 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.
- Vigueron E. (2011). *Les inégalités de santé dans les territoires français, Etat des lieux et voies de progrès*, Elsevier-Masson.
- Wellstood W., Wilson K., Eyles J. (2006). "Reasonable Access to Primary Care: Assessing the Role of Individual and System Characteristics". *Health and Place*, 12: 121-130.
- Zeitlin J., Combiér E., Levaillant M., Lasbeur L., Pilkington H., Charreire H., Rivera L. (2011). "Neighbourhood Socio-economic Characteristics and the Risk of Preterm Birth for Migrant and Non-migrant Women: A Study in a French District". *Paediatr Perinat Epidemiol*, 25(4):347-356.

Table des illustrations

Graphiques

Graphique 1	Décomposition de la distance totale moyenne parcourue selon la distance minimale et la distance supplémentaire (en minutes) par spécialité consultée en ville	32
Graphique 2	Distances supplémentaires médianes selon la distance au professionnel de santé en ville le plus proche.....	35
Graphique 3	Distances supplémentaires médianes selon la distance au professionnel de santé le plus proche	55

Tableaux

Tableau 1	Taxinomie des études d'accès aux soins, combinant dimensions et étapes	8
Tableau 2	Répartition des enquêtés appariés (ESPS 2010) et de la population française par type d'espace.....	14
Tableau 3	Répartition des enquêtés appariés (ESPS 2010) et de la population française selon la taille des communes	14
Tableau 4	Filtres successifs effectués sur les contacts et les patients.....	17
Tableau 5	Description des contacts selon le temps réellement parcouru pour accéder aux soins ambulatoires	18
Tableau 6	Description de l'échantillon selon les caractéristiques individuelles et le type d'espace..	20
Tableau 7	Description de l'échantillon selon l'éloignement à l'offre de soins ambulatoires la plus proche et selon l'APL	21
Tableau 8	Description de l'échantillon selon le recours aux soins ambulatoires et par spécialité	22
Tableau 9	Nombre de contacts et de patients dans les données de consommation de soins de ville de l'enquête ESPS 2010.....	22
Tableau 10	Représentativité géographique de l'échantillon selon l'équipement au plus proche, la taille de la commune et le type d'espace.....	23
Tableau 11	Avoir recours au moins une fois aux soins ambulatoires selon les caractéristiques d'offre de soins et le type d'espace.....	26
Tableau 12	Répartition de la population selon le type d'espace, les caractéristiques individuelles, de besoins de soins et les caractéristiques socio-économiques	27
Tableau 13	Avoir recours au moins une fois aux soins ambulatoires selon les caractéristiques individuelles	28
Tableau 14	Distribution des contacts médicaux selon la distance totale parcourue (en minutes) et selon le type de professionnels de santé consultés en ville.....	30
Tableau 15	Répartition des consultations de professionnels de santé libéraux en ville selon la distance totale parcourue (en minutes) par le patient (en %)	31
Tableau 16	Proportion de recours aux soins ambulatoires effectués au plus proche, par spécialité.....	33

Pratiques spatiales d'accès aux soins

Table des illustrations

Irdes octobre 2016

Tableau 17	Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon la distance au service le plus proche.....	34
Tableau 18	Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon l'APL.....	36
Tableau 19	Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires selon le type d'espace.....	37
Tableau 20	Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon l'âge, le sexe et l'état de santé.....	39
Tableau 21	Distances totales parcourues, taux de recours aux soins ambulatoires au plus proche et distances supplémentaires pour accéder aux professionnels de santé selon les caractéristiques socio-économiques.....	43
Tableau 22	Liaison entre les indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins ambulatoires.....	49
Tableau 23	Distribution des distances supplémentaires parcourues parmi les recours aux soins ambulatoires qui n'ont pas été effectués au plus proche du domicile du patient.....	50
Tableau 24	Effets propres des variables explicatives sur la probabilité de recourir aux soins, de consulter le professionnel de santé le plus proche et sur les distances supplémentaires moyennes parcourues.....	52
Tableau 25	Résumé des sélections successives opérées pour passer de l'échantillon initial (toutes spécialités hospitalières) au final (19 spécialités hospitalières retenues).....	62
Tableau 26	Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge des patients dans les échantillons issus d'ESPS 2010 et le PMSI-MCO exhaustif.....	63
Tableau 27	Répartition des séjours hospitaliers par domaine d'activité dans les échantillons issus d'ESPS 2010 et le PMSI-MCO exhaustif.....	64
Tableau 28	Répartition des séjours hospitaliers selon le type d'espace du lieu de résidence du patient dans l'échantillon final (15 spécialités retenues).....	64
Tableau 29	Répartition des séjours hospitaliers selon le secteur et la taille de l'établissement dans l'échantillon final (15 spécialités retenues).....	65
Tableau 30	Répartition des séjours hospitaliers selon le niveau de sévérité de la prise en charge dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées).....	66
Tableau 31	Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge et le sexe des patients dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées).....	68
Tableau 32	Répartition des séjours hospitaliers selon le milieu social du patient en termes d'occupation principale de la personne de référence du ménage dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées).....	68
Tableau 33	Répartition des séjours hospitaliers selon le milieu social du patient en termes de catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage dans l'échantillon final (15 spécialités étudiées).....	68
Tableau 34	Répartition des séjours hospitaliers selon la spécialité hospitalière et part de ceux effectués au plus proche (15 spécialités étudiées).....	69
Tableau 35	Distribution en percentiles des distances au service adéquat le plus proche (en minutes) - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées.....	70
Tableau 36	Distribution en percentiles des distances totales parcourues (en minutes) - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées.....	70
Tableau 37	Distance totale parcourue et distance au service hospitalier adéquat le plus proche (distance d'implantation) en minutes selon les indicateurs de distribution par spécialité* pour les 15 spécialités étudiées.....	70

Tableau 38	Distribution en percentiles des distances supplémentaires parcourues (en minutes) si non recours au plus proche - hospitalisations complètes et partielles des 15 spécialités étudiées.....	70
Tableau 39	Répartition des séjours hospitaliers selon la distance supplémentaire parcourue (en minutes) si non recours au plus proche pour les 15 spécialités étudiées	71
Tableau 40	Moyennes et médianes des distances totales et supplémentaires parcourues (en minutes) selon que l'hospitalisation est programmée ou non pour les 15 spécialités étudiées	71
Tableau 41	Distances parcourues (en minutes), totales et au plus proche, selon le niveau de sévérité de la prise en charge pour les 15 spécialités hospitalières étudiées	72
Tableau 42	Distances supplémentaires parcourues (en minutes) selon le niveau de sévérité de la prise en charge pour les 15 spécialités hospitalières étudiées	72
Tableau 43	Proportions de recours au service hospitalier le plus proche ou non en fonction du statut et de la taille de l'établissement fréquenté pour les 15 spécialités étudiées.....	73
Tableau 44	Distances totales parcourues (en minutes) selon le statut et la taille de l'établissement hospitalier dans lequel a eu lieu le séjour pour les 15 spécialités étudiées.....	73
Tableau 45	Distance supplémentaire parcourue (en minutes) selon le statut et la taille de l'établissement hospitalier dans lequel a eu lieu le séjour pour les 15 spécialités étudiées	74
Tableau 46	Proportion de séjours hospitaliers selon la distance moyenne (en minutes) au service adéquat dans le territoire de santé et recours au service le plus proche pour les 15 spécialités étudiées	75
Tableau 47	Distance parcourue (en minutes) selon la distance moyenne au service hospitalier adéquat dans le territoire de santé pour les 15 spécialités hospitalières étudiées	75
Tableau 48	Distance supplémentaire parcourue (en minutes) selon la distance moyenne au service hospitalier adéquat dans le territoire de santé pour les 15 spécialités hospitalières étudiées	75
Tableau 49	Proportions de recours au service hospitalier le plus proche ou non en fonction du type d'espace pour les 15 spécialités hospitalières étudiées.....	75
Tableau 50	Distances parcourues selon les caractéristiques individuelles de patients hospitalisés pour les séjours effectués dans l'une des 15 spécialités étudiées	76
Tableau 51	Distribution des distances supplémentaires (en minutes) sur l'ensemble des hospitalisations complètes et partielles (1 345) des 15 spécialités étudiées.....	78
Tableau 52	Distribution des ajouts de distances (en minutes) après avoir enlevé les extrêmes (> 4 heures) pour les hospitalisations complètes et partielles restantes (1 337) des 15 spécialités étudiées	78
Tableau 53	Modélisation des distances supplémentaires concernant les hospitalisations des 16 ans ou plus dans les 15 spécialités étudiées.....	80
Tableau annexe 1	Répartition des séjours selon le niveau de sévérité et la spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées – effectifs et % en ligne.....	87
Tableau annexe 2	Distribution des distances au service adéquat le plus proche (en minutes) par spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées	88
Tableau annexe 3	Distribution des distances totales parcourues (en minutes) par spécialité hospitalière – 15 spécialités étudiées	88
Tableau annexe 4	Modélisation de la propension à se déplacer pour recourir aux soins hospitaliers (distance supplémentaire parcourue) – ensemble de la population....	89

Achevé d'imprimer le 10 novembre 2016
TCH Réalisation
24-26, rue Gallieni
92100 Boulogne-Billancourt
Dépôt légal : novembre 2016

Les dernières publications de l'Irdes



- **Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins**
Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Pierre A., en collaboration avec Coldefy M.
Questions d'économie de la santé numéro n° 219. Juin 2016.



- **Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français**

Sirven N., Rapp T.
Document de travail n° 71. Juin 2016.

- **Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL)**

Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M.
Document de travail n° 70. Février 2016.



- **La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives.** Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes
Rapport Irdes n° 563. Janvier 2016.

- **La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés**

Le Cossec C.
Rapport Irdes n° 562. Décembre 2015.

Abonnements-Diffusion : Irdes 117bis rue Manin 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon
Documentaliste : Véronique Suhard
Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.

- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : <http://www.irdes.fr/LettreInfo/Inscription.html>

Elle est également disponible dans une version anglaise trimestrielle :
<http://www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-inscription.html>

- Les bases de données **Eco-Santé**, outils d'analyse rétrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Doc Veille et Doc News, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

Pratiques spatiales d'accès aux soins

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, nous avons analysé les consommations de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour.

Cette étude a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique : PMSI-MCO).

Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et spatiale à l'offre de soins.

Mots-clés : Accès aux soins, Recours aux soins, Distance, Professionnels de santé, Géographie de la santé, Soins ambulatoires, Soins hospitaliers.

* * *

Spatial Practices and Access to Healthcare

This research report deals with the question of patients' effective access to healthcare. The objective is to understand what leads the patient to consult a doctor (general practitioner or specialist) or to choose a more distant health facility than the one available closest to his place of residence. To do this, we analyzed healthcare consumption when the patient moves, either within outpatient or hospital care (short stays).

This study was carried out by exploiting the 2010 IRDES Health, Health Care and Insurance Survey (ESPS) matched with the ambulatory and hospital consumption data from the National Health Insurance Inter-regime Information System (SNIIRAM, Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) and the Hospital episodes database (PMSI, Programme de médicalisation des systèmes d'information).

In outpatient sector as well as in the short-term hospitalization sector, the analysis highlights how the context influences the choice of the patients and how their individual characteristics interfere in this relationship. Overall, poor accessibility of healthcare supply leads patients to move more often, reduces their ability to freely choose a health care professional and questions the link between territorial and spatial accessibility to healthcare supply.

Keywords: *Access to healthcare, Healthcare use, Distance, Health professionals, Health geography, Outpatient care, Hospital care.*