

# Études et Résultats

N° 794 • mars 2012

## Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités

Cette étude présente les temps d'accès aux soins hospitaliers à travers deux spécialités, l'ophtalmologie et la pneumologie. Elle est réalisée dans le cadre d'un investissement INSEE – DREES sur les disparités territoriales d'accès aux soins.

Le temps de trajet nécessaire aux patients pour se rendre de leur domicile à un établissement de santé est plus important pour un séjour d'ophtalmologie que pour un séjour de pneumologie. Cette hiérarchie est valable pour le temps théorique – temps d'accès à l'établissement le plus proche accueillant la spécialité – et pour le temps de trajet effectif – temps réellement observé. Le temps de trajet effectif est par ailleurs supérieur au temps théorique, les patients ne se rendant pas forcément à l'établissement le plus proche.

Ces différences de temps d'accès entre spécialités sont avant tout liées à la répartition des équipements sur le territoire. L'ophtalmologie, si on la compare à la pneumologie, est une activité pratiquée de façon très importante dans les cliniques privées, plus concentrées dans les grandes villes. Les communes disposant d'un service d'ophtalmologie ont ainsi des aires de rayonnement plus étendues que celles disposant d'un service de pneumologie.

Les temps d'accès aux soins hospitaliers diffèrent entre territoires de santé. Dans les territoires les moins équipés, les patients se déplacent plus souvent dans les territoires voisins. Ces enseignements valent pour les deux spécialités étudiées ici, mais aussi pour les autres, la corrélation des indicateurs d'accès aux soins étant forte entre les spécialités.

**Julie SOLARD** (DREES), **Franck EVAIN** (DREES)  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État  
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

**D**ANS cette étude, l'accès aux soins est analysé à travers deux spécialités : l'ophtalmologie et la pneumologie. Elles ont été retenues en raison de leur caractère relativement courant et de leurs différences, d'une part d'implantation territoriale, et d'autre part de répartition sectorielle. L'activité hospitalière d'ophtalmologie est majoritairement constituée d'opérations de la cataracte, et dans une moindre proportion d'interventions sur l'orbite, la rétine et d'autres opérations intra ou extra-oculaires. Les séjours de pneumologie sont davantage dispersés entre infections respiratoires, embolies pulmonaires, détresses respiratoires, bronchites, bronchiolites, asthme et affections respiratoires.

Le temps de trajet effectif des patients pour se rendre de leur domicile à l'établissement de santé est de 24 minutes pour un séjour d'ophtalmologie. Ce temps est un temps médian, ce qui signifie que la moitié des patients mettent moins de 24 minutes pour aller se faire soigner et l'autre moitié plus de 24 minutes. Pour les séjours de pneumologie, ce temps médian est moindre (19 minutes).

Une hospitalisation est un événement relativement rare. En outre, les temps d'accès les plus élevés sont en général associés à des pathologies peu fréquentes ou dont la prise en charge ne se fait pas en urgence. Parmi les autres spécialités présentes dans le kit sur l'accès aux soins (voir encadré), seules les interruptions volontaires de grossesse, les accouchements et les endoscopies digestives sont associés à des temps de trajet plus faibles que celui constaté pour la pneumologie. À l'opposé, la chirurgie thoracique (29 minutes), vasculaire (30 minutes) et les spécialités soumises à autorisation de soins - neurochirurgie (32 minutes), chirurgie cardiaque (33 minutes) et grands brûlés (55 minutes) – sont celles pour lesquelles le temps de trajet effectif médian est le plus élevé.

### **Des disparités de temps d'accès aux soins entre territoires de santé**

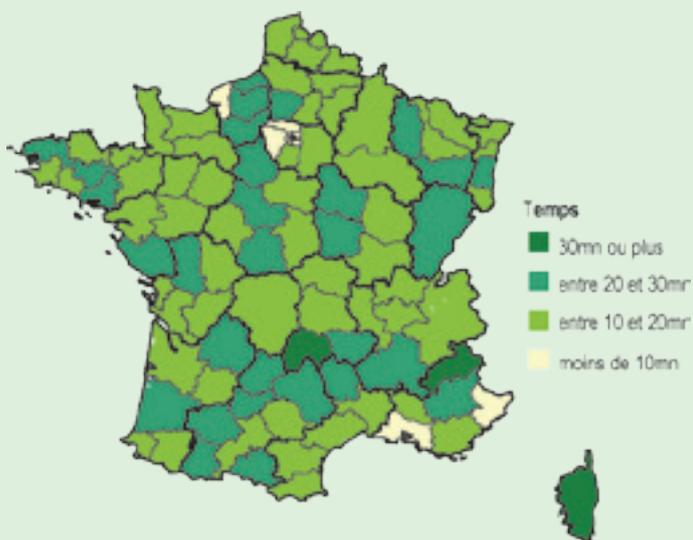
Les temps théoriques par spécialité cartographiés ici sont ceux que l'on

obtiendrait si les patients se rendaient à l'établissement - offrant des soins pour cette spécialité - le plus proche de chez eux. Pour les deux spécialités considérées, ces temps sont assez homogènes sur l'ensemble du territoire. Le temps d'accès théorique à un service d'ophtalmologie est de 15 minutes au niveau national. Au niveau des territoires de santé (voir encadré), ce temps est quasiment toujours compris entre 10 et 30 minutes (carte 1). Seule l'Île-de-France (exceptées l'Essonne et la Seine-et-Marne) et trois autres territoires (Le Havre, les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône) ont un temps théorique inférieur à 10 minutes. À l'opposé, la Corse, le Cantal et les Hautes-Alpes sont les trois territoires où ce temps dépasse les 30 minutes. L'accès à un service de pneumologie se fait en théorie plus rapidement : au niveau national, ce temps théorique est de 13 minutes. Il est inférieur à 20 minutes pour 86 des 99 territoires de santé que compte la France métropolitaine (carte 2). Seule la Corse a un temps d'accès théorique supérieur à 30 minutes.

S'agissant des temps de trajet effectifs, ils sont logiquement plus élevés que les temps théoriques, les patients ne se rendant pas forcément à l'établissement le plus proche, en raison de phénomènes de file d'attente, de spécialisation, ou encore d'effets de réputation. Pour un séjour d'ophtalmologie, le temps médian est de 24 minutes au niveau national. Au niveau des territoires de santé, rares sont ceux dont les résidents ont un temps médian inférieur à 20 minutes (carte 3). C'est le cas d'une quinzaine de territoires, dont Paris et sa petite couronne. Pour d'autres, les temps effectifs sont de l'ordre d'une heure : l'Indre (68 minutes), l'Ariège (67 minutes), les Vosges (63 minutes), ou encore la Lozère (56 minutes). En ce qui concerne la pneumologie, on obtient – comme pour les temps théoriques – des temps effectifs plus faibles qu'en ophtalmologie. Le temps médian effectif est de 19 minutes au niveau national. Les habitants de l'Indre, des Deux-Sèvres, de la Dordogne, du Gers, de la Lozère, de Corse et des Alpes de Haute-Provence sont ceux

■ CARTE 1

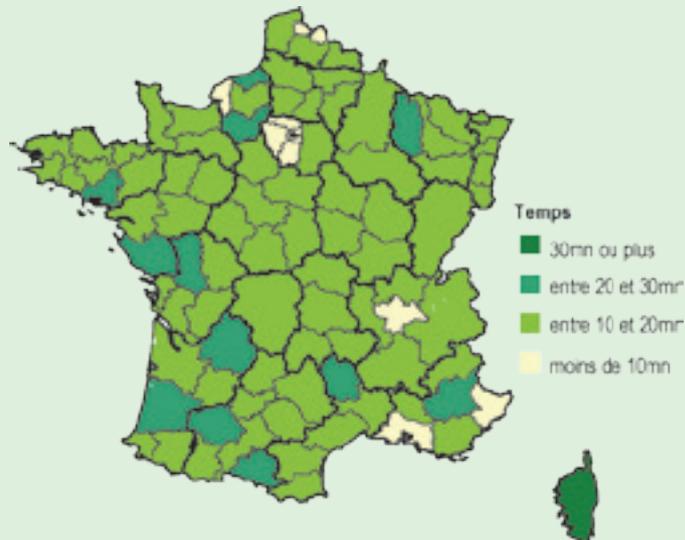
**Temps d'accès théorique à un service d'ophtalmologie, par territoire de santé**



**Note** • Le zonage représenté ici est le territoire de santé.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES. PMSI-MCO 2010. SAE 2010. Distancier Odomatix.

■ CARTE 2

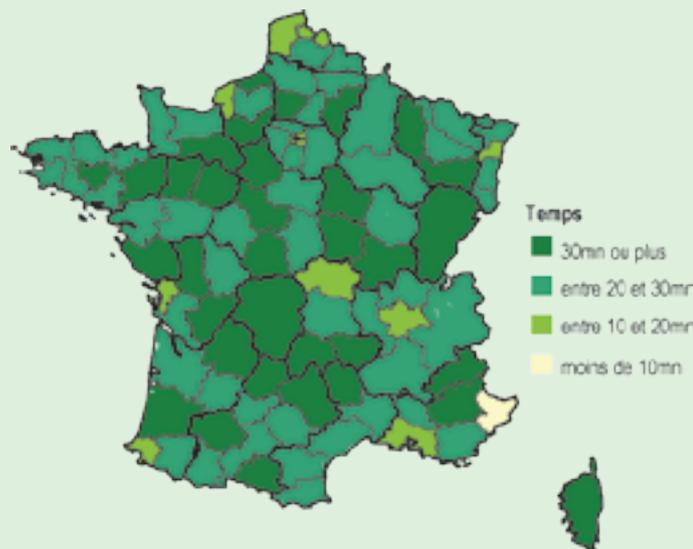
**Temps d'accès théorique à un service de pneumologie, par territoire de santé**



**Note** • Le zonage représenté ici est le territoire de santé.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES. PMSI-MCO 2010. SAE 2010. Distancier Odomatix.

■ CARTE 3

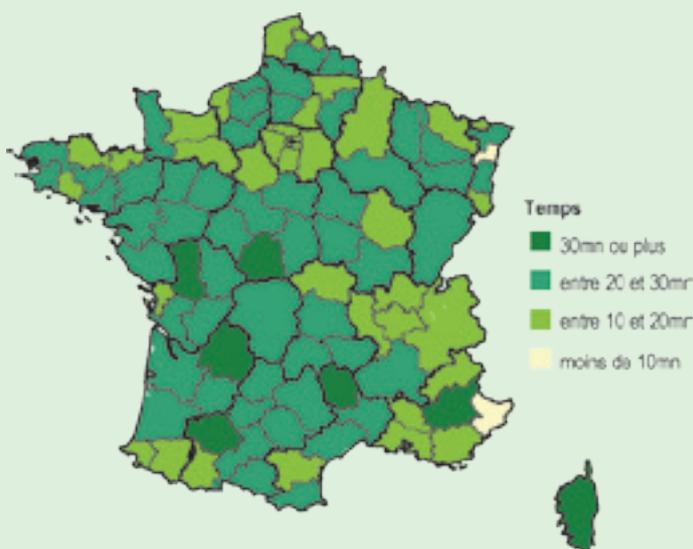
**Temps d'accès effectif médian à un service d'ophtalmologie, par territoire de santé**



**Note** • Le zonage représenté ici est le territoire de santé.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES. PMSI-MCO 2010. SAE 2010. Distancier Odomatix.

■ CARTE 4

**Temps d'accès effectif médian à un service de pneumologie, par territoire de santé**



**Note** • Le zonage représenté ici est le territoire de santé.  
**Source** • Investissement AT39, INSEE-DREES. PMSI-MCO 2010. SAE 2010. Distancier Odomatix.

qui mettent le plus de temps pour accéder à un service de pneumologie, sans toutefois que ce temps médian n'excède les 35 minutes (carte 4).

Les territoires de santé qui ont des temps d'accès supérieurs à la moyenne sont globalement les mêmes quelle que soit la spécialité. Les temps effectifs par territoire de santé pour les deux spécialités présentées ici sont en effet corrélés à 75 %. Entre l'ophtalmologie et l'ensemble des spécialités, le coefficient de corrélation des temps effectifs est de 85 %. Il atteint même 94 % entre la pneumologie et l'ensemble des spécialités.

### Ophtalmologie et pneumologie : des distributions de temps de parcours similaires

Autour du temps de trajet médian, les situations sont contrastées. Environ un cinquième des séjours s'effectuent dans la commune de résidence des patients (18 % des séjours d'ophtalmologie et 23 % des séjours de pneumologie). Ces chiffres pourraient être respectivement de 33 % et 34 % (temps théoriques) si les patients se rendaient toujours dans

l'établissement de leur commune (graphique 1). Le décalage entre les distributions des temps d'accès effectifs aux deux spécialités est relativement constant, ce qui donne des courbes aux tracés similaires.

Cela n'est toutefois pas toujours possible. Un établissement peut en effet accueillir suffisamment de séjours en ophtalmologie pour que l'on considère qu'il dispose d'un service d'ophtalmologie, sans pour autant qu'il traite toutes les pathologies liées à cette spécialité. C'est typiquement le cas d'une clinique spécialisée qui traiterait de nombreux cas de cataractes, mais ne ferait pas de chirurgie ophtalmologique lourde. Au sein d'une spécialité, ce sont ainsi les pathologies bénignes ayant un fort volume de séjours qui déterminent l'implantation des services, et donc les temps théoriques. En revanche, les temps effectifs sont obtenus à partir de l'ensemble des pathologies. L'écart entre temps théoriques et effectifs s'explique donc non seulement par le choix des patients, mais aussi par le niveau d'agrégation des pathologies.

### Les communes pôles d'ophtalmologie sont moins nombreuses et ont des aires de rayonnement plus étendues que les communes pôles de pneumologie

Les flux de patients de leur commune de résidence vers les communes équipées d'établissements hospitaliers permettent de définir des aires de rayonnement. Une aire de rayonnement est constituée d'une commune pôle, dotée d'établissements hospitaliers assurant la spécialité, et de communes dont les résidents se soignent majoritairement<sup>1</sup> dans la commune pôle pour la spécialité considérée.

Bien que les séjours en ophtalmologie soient plus nombreux que les séjours en pneumologie (plus de 870 000 séjours en ophtalmologie en 2010 contre 650 000 en pneumologie), le nombre de pôles en ophtalmologie est plus restreint (tableau 1), ce qui est cohérent avec des temps d'accès plus élevés dans cette spécialité. Les communes pôles d'ophtalmologie ont ainsi un nombre médian de séjours double de celui des communes pôles de pneumologie (1 200 contre 640).

1. On retient comme critère une majorité stricte (> 50 %). Par ailleurs, les communes n'ayant eu au cours de l'année qu'une seule personne hospitalisée dans la spécialité ne sont pas prises en compte.

## ■ ENCADRÉ 1

### Un kit d'analyse des disparités territoriales d'accès aux soins

La DREES et l'INSEE ont développé un kit d'étude et d'outils d'analyse de l'accessibilité des services de santé en ville ou à l'hôpital (accès au service de santé le plus proche), de leur fréquentation (comparaison de la fréquentation théorique et du recours effectif), de leur adéquation offre-demande (potentielle) et de leur dynamique (évolution des flux dominants, impact des restructurations hospitalières). Cet investissement utilise principalement deux bases de données : le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et les données du SNIIR-AM (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie). Ce kit sera mis à disposition des directions générales de l'INSEE en mars 2012.

**Les 32 spécialités hospitalières disponibles** dans le kit sont les suivantes : Chirurgie infantile ; Pédiatrie médicale ; Chirurgie viscérale ; Hépatogastro-entérologie ; Endoscopies digestives ; Chirurgie orthopédique ; Rhumatologie ; Neurologie médicale ; Cardiologie ; Chirurgie vasculaire ; Chirurgie thoracique ; Pneumologie ; Oto-rhino-laryngologie ; Stomatologie ; Ophtalmologie ; Gynécologie ; Interruptions volontaires de grossesse ; Urologie ; Néphrologie médicale ; Hématologie ; Endocrinologie ; Dermatologie ; Assistance médicale à la procréation ; Grands brûlés ; Neurochirurgie ; Chirurgie cardiaque ; Maternités de type 1 ; Maternités de type 2 ; Maternités de type 3 ; Maternités tous types confondus ; Chirurgie des moins de 1 an ; Cancérologie.

**Les niveaux d'analyse possibles** sont : la région, le département, le territoire de santé, la commune, ou encore des zonages nés du regroupement de différentes communes.

**Temps d'accès théorique** : il s'agit du temps d'accès à la commune équipée la plus proche. Pour qu'une commune soit considérée comme « équipée », un nombre suffisant de séjours doit avoir été effectué dans les établissements qui y sont implantés. Ce seuil minimal de séjours varie selon la spécialité.

**Temps d'accès effectif** : temps calculé à partir des séjours effectivement réalisés par les patients.

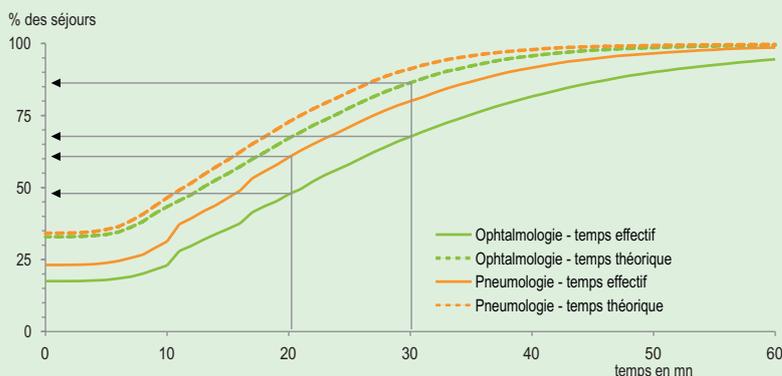
**Calcul des temps** : ils sont effectués grâce au logiciel Odomatrix, développé par l'INRA, qui permet le calcul de distances entre deux communes. Les patients et les établissements sont localisés au centre-ville (généralement la mairie) de leur commune et non à l'adresse exacte. Les patients qui vont se faire soigner dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul.

**Territoire de santé** : zonage infrarégional défini par chaque agence régionale de santé pour l'organisation des soins. Un territoire de santé est souvent d'une taille comparable à un département, mais il peut aussi correspondre à la région entière (un seul territoire en Limousin) ou en être une petite fraction (4 territoires en Alsace).

**HAD** : des indicateurs sur l'hospitalisation à domicile sont également présents dans le kit. Ceux-ci permettent essentiellement d'identifier des « zones blanches » dans lesquelles la population n'a pas accès à un service d'hospitalisation à domicile.

■ GRAPHIQUE 1

### Distributions cumulées des temps de parcours effectifs et théoriques des patients



**Note de lecture** • 47 % des séjours d'ophtalmologie sont pris en charge à moins de 20 minutes de trajet du domicile. C'est le cas de 60 % des séjours de pneumologie. En théorie, 86 % des séjours d'ophtalmologie pourraient être pris en charge à moins de 30 minutes du domicile. Mais comme les patients ne se rendent pas forcément à l'établissement le plus proche, c'est le cas de seulement 68 % des séjours.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES, PMSI-MCO 2010. SAE 2010. Distancier Odomatrix.

■ TABLEAU 1

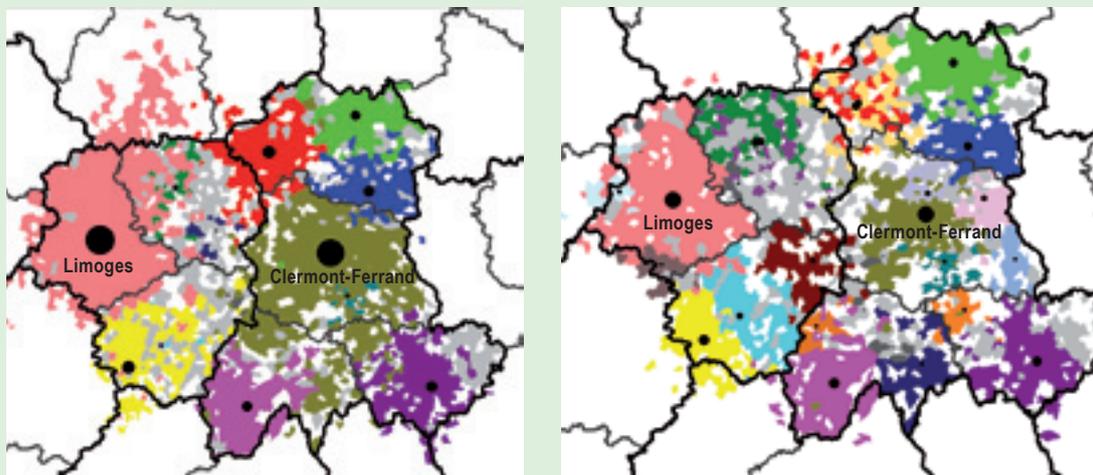
### Caractéristiques des pôles d'ophtalmologie et de pneumologie et de leurs aires de rayonnement

	Ophtalmologie		Pneumologie	
	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne
<b>Nombre de pôles</b>	353		520	
<b>Caractéristiques des pôles</b>				
Nombre de séjours	1 200	2 280	640	1 160
<b>Caractéristiques des aires de rayonnement</b>				
Nombre de communes	25	54	24	40
Population totale de ces communes	47 000	121 000	47 000	95 000
Superficie (en km <sup>2</sup> )	422	1 037	427	804

**Note de lecture** • Une moyenne plus importante à médiane identique montre qu'il y a davantage de très grosses unités. Ainsi, les caractéristiques des aires de rayonnement montrent qu'il y a davantage d'aires de rayonnement très étendues en ophtalmologie.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES, données PMSI-MCO 2010 - Recensement INSEE 2008.

■ CARTE 5

### Aires de rayonnement des communes pôles des régions Auvergne et Limousin En ophtalmologie En pneumologie



**Note de lecture** • Les communes sont coloriées selon l'aire de rayonnement à laquelle elles appartiennent. La commune pôle d'une aire de rayonnement est représentée par un rond noir de taille proportionnelle aux flux de patients dans la spécialité. Les communes non coloriées sont des communes depuis lesquelles zéro ou un seul patient a eu un séjour dans la spécialité, ou pour lesquelles le pôle est à l'extérieur des deux régions représentées. Les communes en gris pâle (absence de pôle) sont des communes pour lesquelles les patients ne se font pas majoritairement soigner dans une seule commune : ce sont en général des communes pour lesquelles plusieurs hôpitaux sont à distance comparable.

**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES, données PMSI 2010 - Recensement INSEE 2008.

Le nombre de pôles plus restreint en ophtalmologie est notamment dû à une activité dans cette spécialité beaucoup plus importante des cliniques privées, plus concentrées dans les grandes villes<sup>2</sup>: la part du secteur privé lucratif en ophtalmologie est ainsi de 66 %, contre 14 % en pneumologie (et 34 % pour l'ensemble des spécialités hospitalières). Même si la taille médiane des aires de rayonnement des deux spécialités considérées est identique, il y a une plus forte hétérogénéité des aires de rayonnement des pôles d'ophtalmologie avec un nombre beaucoup plus important d'aires de rayonnement très étendues<sup>3</sup>.

À titre d'illustration, les aires de rayonnement des deux spécialités des communes pôles des régions Auvergne et Limousin ont été tracées. Les pôles d'ophtalmologie sont moins nombreux et ont des aires plus étendues que les pôles de pneumologie. En ophtalmologie, le territoire est largement couvert par les deux préfectures de région que sont Limoges et Clermont-Ferrand, dans lesquelles l'activité en clinique privée dans cette spécialité est forte (carte 5). En revanche, ces préfectures régionales couvrent une surface nettement plus réduite en pneumologie. Notons en particulier le cas de Limoges, dont l'aire de rayonnement en ophtalmologie dépasse largement les frontières régionales, contrairement à son aire de pneumologie très circonscrite à la Haute-Vienne. Le Limousin constitue donc un territoire de santé très attractif pour la demande extérieure dans la première de ces spécialités.

### Des territoires de santé moins autonomes<sup>4</sup> en ophtalmologie

Toutes spécialités confondues, seul un patient sur dix se fait soigner hors de sa région. Pour les deux spécialités étudiées, le niveau d'autonomie régional est élevé et relativement comparable (9 % des patients se font soigner hors de leur région en ophtalmologie et 6 % en pneumologie) (tableau 2).

2. La taille moyenne de la commune d'implantation d'une clinique privée est de 190 000 habitants contre 40 000 habitants pour celle d'un hôpital public.

3. Par ailleurs, malgré un nombre de séjours plus important en ophtalmologie qu'en pneumologie, la population couverte par les pôles d'ophtalmologie est moins nombreuse que celle couverte par les pôles de pneumologie : en effet, il est plus fréquent en ophtalmologie que les habitants d'une même commune s'orientent vers des établissements différents, ce qui ne permet pas de dégager de pôle majoritaire.

4. Une zone est dite autonome si la quasi-totalité des patients résidant dans cette zone se soignent dans cette zone.

■ TABLEAU 2

## Autonomie et attractivité des territoires de santé, selon la spécialité

	Ophtalmologie	Pneumologie	Ensemble des spécialités
<b>Autonomie - Où les résidents du territoire de santé vont-ils se faire soigner ?</b>			
Au sein du territoire	72,3 %	83,0 %	78,1 %
Hors du territoire, mais au sein de la région	18,4 %	10,9 %	11,9 %
Hors de la région	9,3 %	6,1 %	10,0 %
<i>Dispersion de la part de la demande couverte au sein du territoire de santé (intervalle interquartile)</i>	27,3 %	13,6 %	22,3 %
<b>Attractivité - Qui les établissements du territoire de santé reçoivent-ils ?</b>			
Des patients résidant dans le territoire	83,7 %	87,9 %	87,4 %
Des patients résidant hors du territoire mais dans la région	11,2 %	7,8 %	7,3 %
Des patients résidant hors de la région	5,1 %	4,3 %	5,4 %
<i>Dispersion de la part de l'activité bénéficiant à des patients du territoire de santé (intervalle interquartile)</i>	11,7 %	7,6 %	10,6 %

**Note** • Les chiffres présentés (hors italiques) sont des moyennes sur l'ensemble des territoires de santé.  
**Note de lecture** • L'intervalle interquartile montre l'étendue des valeurs prises par les territoires dont le taux est le plus central, après élimination des deux quarts extrêmes.  
**Sources** • Investissement AT39, INSEE-DREES, données PMSI 2010 - Recensement INSEE 2008.

### ■ Pour en savoir plus

- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats* n°797, DREES.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour », *Études et Résultats* n° 785, DREES.
- Tallet F., 2011, « Mobilité géographique des patients de soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ? », *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.
- Evain F., 2010, « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », *Un panorama des établissements de santé*, DREES.

Au niveau des territoires de santé, l'écart d'autonomie entre les deux spécialités est plus important. En effet, alors que 83 % des séjours des résidents d'un territoire de santé sont réalisés au sein de ce territoire en pneumologie, seuls 72 % des séjours en ophtalmologie le sont. En outre, le degré d'autonomie des différents territoires de santé est beaucoup plus homogène en pneumologie (intervalle interquartile à 13,6 % contre 27,3 %).

Cette moindre autonomie des territoires de santé en ophtalmologie est

liée au nombre de communes pôles plus faible. Elle entraîne par ailleurs une plus fréquente activité pour l'extérieur. En moyenne, 16,3 % des séjours réalisés par les établissements hospitaliers d'un territoire de santé en ophtalmologie sont destinés à des patients non-résidents du territoire, contre 12,1 % en pneumologie.

Quelle que soit la spécialité, ce sont globalement les mêmes territoires qui sont plus autonomes ou qui ont une part d'activité plus importante pour l'extérieur. ■