

accès aux *soins* :
quels **outils** pour les **territoires** ?

actes du colloque

16 octobre 2012



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

accès aux *soins* :
quels **outils** pour les **territoires** ?

actes du colloque

16 octobre 2012

ACCÈS AUX SOINS QUELS OUTILS POUR QUELS TERRITOIRES ?

Actes du colloque organisé le 16 octobre 2012, à Paris, par la Direction de la recherche,
des études, de l'évaluation et des statistiques et l'Institut national de la statistique
et des études économiques



Directeur de la publication
Franck von Lenep

Organisation du colloque
Audrey Baillot

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Coralie Le van van

Mise en pages
Julie Richard et Marie-Noëlle Heude

Sommaire

ACCÈS AUX SOINS : QUELS OUTILS POUR QUELS TERRITOIRES ?

Actes du colloque du 16 octobre 2012

Ouverture du colloque

<i>Christine d'Autume</i>	7
---------------------------------	---

SESSION 1 • L'accès géographique : une des dimensions de l'accès aux soins

• Ouverture	
<i>Yann Bourgueil</i>	11
• L'accès aux soins pour tous, principe fondateur de l'Assurance maladie	
<i>Marie Reynaud</i>	13
• Le point de vue des usagers	
<i>Christian Saout</i>	15
• Quels territoires pour analyser l'accès aux soins ?	
<i>Sylvie Marchand</i>	19
• Les outils d'analyse territoriale développés par la DREES et l'INSEE	
<i>Malik Koubi</i>	25
• Échanges avec la salle	31

SESSION 2 • L'accès aux soins hospitaliers

• Ouverture	
<i>Roland Cash</i>	33
• Apports des outils DREES-INSEE pour l'analyse de l'accès aux soins hospitaliers	
<i>Christelle Minodier</i>	35
• Offre et accès aux soins hospitaliers : une illustration pour la région Limousin	
<i>Pascal Prévôt, Fabien Laleu</i>	41
• Mobilisation des outils DREES-INSEE pour le pilotage national	
<i>Cécile Behaghel, Perrine Ramé-Mathieu</i>	47
• La territorialisation de l'offre de soins hospitalière : quelle méthode et quels outils pour l'ARS Île-de-France ?	
<i>Andrée Barreteau</i>	51

SESSION 3 • L'accès aux soins de ville

• Ouverture	
<i>Dominique Polton</i>	55
• Apport des outils DREES-INSEE pour l'analyse de l'accès aux soins de ville	
<i>Fanny Mikol</i>	57
• Pratiques spatiales et accès aux soins : une illustration pour les centres de PMI de Seine-Saint-Denis	
<i>Hélène Charreire</i>	63
• Caractérisation des territoires et prospective	
<i>Pascale Echard-Bezault</i>	69
• Besoins estimés et consommations constatées : les soins ambulatoires dans le temps et dans l'espace	
<i>Xavier Vitry</i>	77
• Échanges avec la salle	81

TABLE RONDE • Comment les outils statistiques peuvent-ils contribuer à une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques locales ?

Table ronde animée par <i>Baudouin Seys</i>	
<i>Hervé Maurey, Catherine Aubry, Jean Gallais, Olivier Obrecht, Pierre-Jean Lancry</i>	83

Annexes

• Un partenariat INSEE-DREES pour réunir et développer des outils d'analyse de l'accès géographique aux soins.....	101
• Liste des sigles et abréviations	104

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

- Catherine Aubry** : Médecin, membre de l'URPS-médecins libéraux de Bourgogne
- Christine d'Autume** : Chargée de mission au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales
- Andrée Barreteau** : Directrice de l'offre de soins et médico-sociale (ARS Île-de-France)
- Cécile Behaghel** : Cheffe du bureau évaluation, modèles et méthodes (DGOS)
- Yann Bourgueil** : Directeur de l'IRDES
- Roland Cash** : Médecin, économiste de la santé
- Hélène Charreire** : Maître de conférences en géographie (Université Paris Est Créteil)
- Pascale Echard-Bezault** : Chargée de mission santé cohésion sociale (DATAR)
- Jean Gallais** : Médecin, membre du syndicat MG France
- Malik Koubi** : Chef du bureau comptes et prévisions d'ensemble (DREES)
- Fabien Laleu** : Chef du département de la stratégie (ARS Limousin)
- Pierre-Jean Lancry** : Directeur général de l'ARS Basse-Normandie
- Sylvie Marchand** : Cheffe du département de l'action régionale (INSEE)
- Hervé Maurey** : Sénateur de l'Eure, rapporteur du groupe de travail du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire
- Fanny Mikol** : Cheffe du bureau professions de santé (DREES)
- Christelle Minodier** : Cheffe du bureau établissements de santé (DREES)
- Olivier Obrecht** : Chargé de mission au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales
- Dominique Polton** : Directrice de la stratégie, des études et des statistiques (CNAM-TS)
- Pascal Prévôt** : Responsable de la division études régionales (INSEE, direction régionale du Limousin)
- Perrine Ramé-Mathieu** : Cheffe du bureau premier recours (DGOS)
- Marie Reynaud** : Secrétaire générale du HCAAM
- Christian Saout** : Président du CISS
- Baudouin Seys** : Chef de service de la DREES, au moment du colloque
- Xavier Vitry** : Chargé de mission géographie de la santé (ARS Rhône-Alpes)

LISTE DES SIGLES

URPS : Union régionale des professionnels de santé • **ARS** : Agence régionale de santé • **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins • **IRDES** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé • **DATAR** : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale • **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques • **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques • **CNAM-TS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés • **HCAAM** : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie • **CISS** : Collectif interassociatif sur la santé.

Ouverture du colloque

Christine d'Autume

Chargée de mission au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

Bonjour à tous. En tant que chargée de mission au Secrétariat général, je remplace la secrétaire générale qui n'est pas disponible aujourd'hui pour venir introduire vos travaux.

Tout d'abord, je tenais à remercier la DREES qui nous a demandé de venir ouvrir ce colloque. L'accès aux soins est une thématique majeure dans les politiques de santé et le programme de la journée est riche et transversal. Il concerne les différentes dimensions de l'accès aux soins : géographique, financière et sociale. La dimension géographique comprend des problématiques ambulatoires, hospitalières et médicosociales. Le programme de la journée aborde ces différentes dimensions.

Je voulais signaler tout l'intérêt que le Secrétariat général accorde à ce colloque, et notamment pour les nouveaux outils que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) développent pour appréhender de façon plus juste les difficultés d'accès aux soins. Je fais référence à tous les outils qui vont vous être présentés :

- l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux professionnels de santé de premier recours est un outil plus précis que la densité traditionnelle que l'on utilisait et qui permet d'approcher les tensions locales entre l'offre et la demande de soins ;
- ou encore un des outils d'analyse de l'offre hospitalière devrait en principe simuler l'impact de restructurations de l'offre sur l'accessibilité aux soins dans les territoires.

Ces outils sont extrêmement importants pour les décideurs, puisqu'ils éclairent leurs décisions. Ils aident à évaluer les politiques publiques, à la fois au niveau national pour affiner et enrichir les indicateurs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), mais également au niveau régional en mettant à disposition de chaque Agence régionale de santé (ARS) des indicateurs plus précis.

Je voulais ensuite faire rapidement deux observations sur la place des outils d'analyse et d'aide à la décision dans les processus de décision en matière d'accès aux soins. Cette place est forcément relative et il s'agit souvent d'un sujet de frustration pour les professionnels qui conçoivent, développent et s'efforcent de diffuser leurs outils. En effet, ceux-ci sont souvent techniques ; ils ne sont pas toujours d'un accès très facile pour le plus grand nombre (c'est le cas de l'APL, par exemple). Si l'on veut que ces outils se développent et aident à la décision, il faut de la pédagogie et de la communication afin de faciliter leur appropriation.

Une autre limite est la diversité des perceptions concernant l'accessibilité aux soins et qu'il faut prendre en compte. Je donne quelques exemples. Quel est le bon indicateur pour apprécier l'accessibilité aux soins en urgence ? Est-ce un accès en moins de 30 minutes ? À quoi cela

renvoie-t-il d'autre ? Il faut croiser les approches avec des indicateurs épidémiologiques pour voir quels sont les accidents ou les complications que l'on peut éviter selon que l'on prend un temps d'accès ou un autre. Pour mener ces analyses, on peut aussi se demander sur quel indicateur il faut raisonner. Raisonner-t-on sur les temps moyens, médians ou leur distribution ? En termes de politiques publiques, chacun a sa perception : les usagers, les professionnels, les élus et les décideurs, sachant que l'on ne va pas prendre en compte uniquement les indicateurs d'accès, mais aussi d'autres dimensions parmi lesquelles la contrainte financière.

En définitive, ces indicateurs statistiques recouvrent des situations individuelles et concrètes qui sont diverses et complexes. Il m'a semblé important de faire cette observation. Pour favoriser le dialogue, il faut éviter que chacun reste sur ses certitudes : les uns sûrs de leurs diagnostics bâtis sur des outils sophistiqués, les autres forts des remontées du terrain. On entend notamment dire qu'en réalité, il n'y a pas de véritable difficulté d'accès aux soins en France. Cela pourrait se fonder sur l'idée que la quasi-totalité des Français est à moins de quinze minutes d'un médecin généraliste, d'un infirmier ou d'un masseur-kinésithérapeute, ou encore que seuls 3 % des Français seraient à plus de 30 minutes d'un service d'urgences (données de la statistique annuelle des établissements de santé – SAE). Une fois le constat effectué, il est intéressant de travailler sur ces 3 %, c'est-à-dire sur la petite part de ceux dont les temps d'accès ne sont pas satisfaisants, et d'essayer, sur ce champ particulier, d'éclairer tous les facteurs permettant de voir comment améliorer la situation. L'intérêt d'une journée comme celle-ci est de permettre d'échanger pour mieux articuler les visions des uns et des autres autour d'outils partagés qui permettent d'affiner les diagnostics et les enjeux associés. C'est aussi l'occasion de mieux cerner les limites et les potentialités de ces outils pour en tirer le meilleur parti et développer des réponses pertinentes.

La place de ces outils est forcément croissante, car il y a une acuité politique persistante pour les problématiques d'accès aux soins. En ambulatoire notamment, il y a un effet de ciseaux entre les aspirations des professionnels de santé et les attentes des usagers. Aujourd'hui, les professionnels, notamment les médecins, sont de moins en moins enclins à s'installer dans certaines zones du territoire. C'est lié à des changements de nature plutôt sociale : les médecins veulent vivre dans des lieux où ils peuvent bénéficier d'un certain nombre de services, pas trop loin de plateaux techniques, et dans un environnement professionnel stimulant. Cette donnée va persister, donc les problématiques d'accès géographique aux soins vont continuer à se poser. Par ailleurs, les usagers sont mieux informés et ont des attentes en matière de sécurité ; ils contribuent à renforcer cet effet de ciseaux. Il faut donc des diagnostics précis sur des territoires concrets pour cerner les priorités et dégager ensemble des solutions pragmatiques.

Ces outils ont un autre intérêt : permettre de tester l'impact de pistes innovantes pour dépasser les difficultés d'accès aux soins. Ainsi, des travaux effectués par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur les temps d'accès à des soins d'urgence, montrent que si l'on considère également les médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) [MCS], médecins généralistes qui ont reçu une formation spéciale à la prise en charge des urgences y compris les urgences vitales les plus graves, on a des prises en charge efficaces pour les personnes situées à plus de trente minutes de soins d'urgence. Le recours à un MCS permet en outre de réduire le temps d'accès aux soins d'urgence dans un site éloigné de tout service médical d'urgence et de réanimation (SMUR), sans pour autant retarder l'intervention de celui-ci qui est simultanément engagé de façon systématique.

Je ne reviens pas sur les annonces qui ont été faites par la ministre et qui démontrent toute l'acuité de cette problématique politique. Elle a annoncé l'objectif d'un accès aux soins d'urgence pour tous en moins de trente minutes, ainsi que la mise en place d'équipes de soins de proximité. Pour cela, les ARS disposent de deux types d'outils. D'abord, les outils de dia-

gnostic pour affiner les territoires, mais aussi des outils de rémunération des professionnels de santé, qui permettront de faciliter l'installation de ceux-ci dans les zones repérées comme présentant des difficultés.

Pour conclure, je dirai un mot sur le pilotage national. Tous les travaux qui ont été faits vont nous permettre d'affiner les indicateurs pour la deuxième génération des CPOM passés avec les Agences régionales de santé. Par ailleurs, s'agissant des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ambulatoires et des zonages pluriprofessionnels, un bilan reste à faire et des articulations devront être réalisées, notamment avec les zonages professionnels de l'Assurance maladie. Là encore, tous les diagnostics nous aideront. Si l'on veut faciliter l'accès de tous aux soins, il faut avancer sur les coopérations interprofessionnelles. C'est le rôle du Conseil national de pilotage. Il faut accélérer sur ces sujets et faciliter, à chaque fois qu'on le peut, la délégation permettant l'optimisation du temps médical. Il faut naturellement continuer à travailler sur une vision globale et décroisée de l'offre, parce que tous les raisonnements cloisonnés accentuent les problèmes d'accessibilité aux soins. Je pense par exemple à la problématique de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). À partir du moment où l'on considère qu'en « nuit profonde », on peut basculer la PDSA sur les établissements hospitaliers, on résout un certain nombre de problèmes. Finalement, tout cela va dans le sens du renforcement de l'accessibilité.

Merci à la DREES pour ce colloque et merci à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour ses études enrichissantes. Ce colloque devrait contribuer à notre intelligence collective des problèmes d'accès aux soins et aux moyens d'y faire face.

L'ACCÈS GÉOGRAPHIQUE : UNE DES DIMENSIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS

Ouverture

Yann Bourgueil

Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Poser la question de l'accès géographique aux soins renvoie avant tout à l'espace. Évaluer l'accès géographique aux soins, c'est alors mesurer des distances, exprimées en kilomètres ou en temps d'accès. Distances entre le lieu de domicile et le lieu de soins ou entre le lieu de travail et le lieu de soins. Il s'agit ensuite de mesurer des dispersions de distances ou de temps d'accès, des écarts à la moyenne ou à des seuils considérés comme minimums. Le choix des seuils s'appuie sur des avis d'experts ou résulte de compromis sociaux entre une rareté de ressources et un besoin ou une demande de soins. C'est à partir de ces « abrégés du vrai ou du bon » que les logiques de planification, d'autorisation, d'allocation de ressources sont définies. Bien entendu, ces seuils peuvent et d'ailleurs doivent varier selon les activités étudiées : urgences vitales, soins de proximité, soins spécialisés, activités très spécialisées, etc.

L'étude de l'accès géographique est généralement représentée par des cartes. Ces cartes expriment une vue surplombante, une vue d'en haut. Les cartes permettent un dialogue avec les acteurs qui vivent sur le territoire concerné par l'analyse de l'espace. Le territoire ne se réduit pas à l'espace. Il comprend les acteurs : les professionnels, les citoyens, les usagers, les élus. Le territoire, ce n'est pas seulement l'espace et les distances à parcourir, c'est également les zones d'influence des institutions diverses (communes, conseil général, hôpital, zones d'intervention des uns et des autres...), les espaces vécus avec les pratiques des uns et des autres (tel médecin est orienté vers telle activité), les pratiques de coopération et de collaboration diverses. Plus l'observateur grossit sa focale, plus il va se rapprocher des territoires et plus la complexité est grande et plus les acteurs se retrouvent dans les analyses. À l'inverse, plus l'observateur prend de la hauteur, plus l'analyse est simplifiée et moins les acteurs se retrouvent dans les jugements qui sont portés.

La distinction entre espace et territoire rappelle que l'accès ou le non-accès géographique peuvent être étudiés de différentes façons, selon les situations analysées (l'accès aux services de grands brûlés ou de neurochirurgie ne s'analyse pas comme l'accès aux services de soins à domicile) et les finalités poursuivies (repérage global des situations problématiques dans la France entière ou diagnostic de l'offre locale à l'échelon d'un canton rural ou d'une commune de la banlieue parisienne pour décider des lieux d'implantation des centres de protection maternelle et infantile – PMI – ou des maisons de santé).

Le processus de rationalisation de l'offre de soins sur les territoires est ancien. Dix-huit ans séparent la loi de 1991, qui a créé les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) avec les projets d'établissement, et la loi de 2009 qui annonce les SROS ambulatoires. Comme les SROS hospitaliers en leur temps, les SROS ambulatoires ne sont pas opposables (rappels pour mémoire la création des secteurs de psychiatrie dans les années 1970 comme une tentative en avance sur son temps de constitution d'espaces géographiques d'organisation des soins, cependant uniquement hospitaliers). À la différence de 1991, les médecins viennent aujourd'hui à manquer. Les généralistes se regroupent et les spécialistes, quant à eux, se projettent essentiellement en secteur 2 et envisagent de s'installer là où les patients seront solvables ou équipés de couvertures complémentaires capables de prendre en charge les dépassements. La question de l'accès aux soins et de l'organisation des soins n'est donc plus seulement une question de rationalisation (regroupement, fusion, transformation) pour une meilleure efficacité, mais devient une question de justice sociale ou de perte de chances (réelle ou fantasmée d'ailleurs). L'emploi de la notion de désert médical exprime l'angoisse de la relégation, l'abandon, la crainte du déclassement.

Vue d'en haut, cette notion de désert est en permanence ramenée à la portion congrue, à un phénomène marginal, minoritaire. Vue d'en bas, elle signifie une crise en marche et une perspective angoissante. Elle motive, sans doute, mais sûrement trop tard (avec des effets à termes probablement délétères), l'augmentation massive et soutenue de la formation de médecins et d'infirmières lesquels, si les estimations ne sont pas biaisées, arriveront après la bataille (une fois les professionnels partis ou regroupés).

Dans l'intervalle, c'est-à-dire maintenant, on observe, on mesure, on rationalise, bref on cherche à réguler l'installation des professionnels libéraux à l'image des services publics que l'on cherche à maintenir ou que l'on propose de maintenir sur les territoires. Le plus souvent, c'est à condition que les acteurs locaux s'associent et cherchent à travailler ensemble plutôt qu'à défendre leurs territoires souvent trop petits afin d'employer au mieux les ressources existantes.

Entre les acteurs régulateurs, les acteurs bénéficiaires ou leurs mandants et les acteurs professionnels, des dialogues s'avèrent nécessaires, des compromis sont à trouver. Dans les faits, les communes ou plutôt les communautés de communes investissent, cherchent à organiser les soins de proximité (construction de maisons de santé, de pôles de santé, intégration des services médicaux et sociaux). La structuration de l'espace ambulatoire qui s'opère aujourd'hui peut constituer autant d'occasions d'articulation des services de PMI et des acteurs de soins primaires que d'articulation des urgences généralistes (services départementaux d'incendie et de secours) avec la permanence des soins et des urgences hospitalières ou les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Autant d'enjeux et de thématiques de négociation et de compromis. Autant d'enjeux de clarification pour les usagers et les malades. Autant de territoires qu'il s'agit d'articuler, autant d'échanges à organiser entre les différents acteurs en présence.

Cette journée est consacrée aux outils statistiques au service de ces échanges. La première session de ce matin vise à introduire le sujet. Marie Reynaud, secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) va rappeler l'importance de l'accès sous l'angle financier (en effet, il ne suffit pas de disposer d'une offre de soins de proximité, accessible géographiquement, encore faut-il qu'elle soit accessible financièrement). Christian Saout nous exposera le point de vue des associations d'usagers sur ces enjeux et le rôle que les usagers attendent des outils statistiques. Enfin, nous rentrerons dans le vif du sujet avec la présentation d'outils récents destinés à faciliter l'approche spatiale de l'organisation des soins. Sylvie Marchand nous exposera quel est, du point de vue de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le bon niveau territorial pour analyser l'accès aux soins. Enfin, Malik Koubi nous présentera l'ensemble des travaux qui ont été lancés par l'INSEE et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

L'accès aux soins pour tous, principe fondateur de l'Assurance maladie

Marie Reynaud

Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)

Le principe fondateur de l'Assurance maladie est l'accès aux soins pour tous, ce qui signifie qu'il doit être vérifié sous tous les aspects qui caractérisent une personne. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie s'est attaché aux aspects financiers de l'accès aux soins. Sa réflexion sur le sujet figure dans son rapport de janvier 2011 qui s'intitule « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? »¹ Sa réflexion a abouti à la construction d'un tableau de bord qui contient des indicateurs décrivant l'accès financier aux soins.

Aujourd'hui, la DREES aborde un autre aspect de l'accès aux soins aussi important que l'aspect financier, l'accès aux soins du point de vue géographique. Le principe fondateur de l'Assurance maladie est qu'elle doit assurer le droit à la protection de la santé. Il s'agit du droit à la protection de la santé et non du droit à la santé, lequel serait impossible à assurer. Le droit à la protection de la santé est un objectif reconnu de longue date par le Conseil constitutionnel. Il figure dans le 11^e alinéa du préambule de la Constitution de 1946. Je cite : « *La Nation garantit à tous la protection de la santé.* » Il s'agit d'une garantie de la protection de la santé pour tous, que l'on soit jeune ou vieux, que l'on soit riche ou pauvre, que l'on habite ici ou là, que l'on ait un haut niveau d'éducation ou non. Cette garantie de la protection de la santé implique un égal accès aux soins. Mais la réciproque n'est pas vraie. L'égal accès aux soins n'implique pas nécessairement une santé protégée, parce que la protection de la santé dépend d'autres facteurs comme le logement, l'éducation, les conditions de travail et les conditions de vie. Selon ce principe, il s'agit de dispenser à tous des soins de qualité quels que soient le lieu de résidence, le revenu, le niveau d'éducation. L'accès aux soins pour tous comporte donc plusieurs aspects, dont les aspects financier et géographique, qui sont sans doute les plus importants. Cet accès pour tous signifie que la protection de la santé et l'accès aux soins ont les caractéristiques d'un droit individuel détenu par chacun quelle que soit sa situation. Ce droit d'accès aux soins est un accès à des biens et services reconnus collectivement comme pertinents. Il ne s'agit pas d'avoir accès à tout et à n'importe quoi. Il faut que les soins soient collectivement reconnus comme pertinents, ce qui implique de gérer de façon dynamique le panier de soins. Ainsi, il faut faire entrer dans le panier de soins tout ce qui est innovant pour suivre le progrès médical et, à l'inverse, en retirer tout ce qui devient obsolète compte tenu de ce progrès médical.

Mon deuxième point est la présentation de la façon dont le HCAAM a abordé l'accessibilité financière des soins. Cette accessibilité financière des soins dans l'Assurance maladie doit être atteinte par un mécanisme de solidarité entre bien portants et malades. Cela signifie qu'il faut prendre en charge de façon collective les frais liés à la maladie, ce qui est tout à fait différent de prendre en charge ou d'aider les malades qui sont trop pauvres pour couvrir leurs frais. Actuellement, dans notre système, les prestations sont délivrées en fonction de la maladie et non en fonction du revenu. Il faut aussi noter que la solidarité entre bien portants et malades n'impose pas que les soins soient gratuits. Il faut simplement s'assurer que les frais ne soient pas un obstacle au fait de se soigner. Il n'y a pas de contradiction entre l'accès aux soins et l'existence d'un reste à charge, si parallèlement et, dans le même temps,

1. www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_270111.pdf.

il n'y a pas de renoncement aux soins pour raison financière. Par ailleurs, la solidarité entre les bien portants et les malades implique que le financement de l'Assurance maladie soit assuré par des prélèvements indépendants de l'état de santé, c'est-à-dire indépendants du risque. En conséquence, il faut que l'assurance soit obligatoire pour contraindre à s'assurer les personnes qui considèrent qu'elles ne présentent que peu de risques en matière de santé (comme les jeunes).

En outre, un autre principe constitutionnel s'impose, celui de l'égalité devant les charges publiques qui veut que chacun contribue en fonction de ses moyens. Les ressources pour financer ces prestations doivent donc être fonction du revenu.

Étant donné que l'on accepte qu'il y ait un reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, il faut opérer une vérification *in fine* que les dépenses globales de soins ne sont pas trop lourdes en proportion du revenu.

En résumé, dans l'Assurance maladie obligatoire, nous avons une solidarité horizontale pour les prestations entre bien portants et malades et une solidarité verticale entre riches et pauvres pour le financement de ces prestations.

Après avoir mené cette réflexion, le Haut conseil a retenu deux grands types d'indicateurs. Pour rendre compte de la solidarité entre bien portants et malades, le HCAAM a retenu la distribution des restes à charge après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire des assurés. Cet indicateur montre des failles dans le système, puisque 5 % des assurés ont des restes à charge supérieurs à 1 500 ou 1 600 euros par an, ce qui est assez considérable. Un autre indicateur permet de vérifier *in fine* que les dépenses pour se soigner ne sont pas trop lourdes, c'est le taux d'effort par ménage. Cet indicateur rapporte aux revenus toutes les dépenses effectuées par les ménages pour leur santé. Dans les dépenses sont comptabilisés non seulement les dépenses de soins, diminuées des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires éventuels, mais également les prélèvements pour l'Assurance maladie obligatoire et les primes pour les organismes complémentaires.

Quels enseignements pouvons-nous en tirer pour la journée d'aujourd'hui ? Il serait sans doute intéressant de combiner l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique des soins pour traiter la question de l'accès géographique aux soins en tenant compte du prix des soins (dépassements d'honoraires, prix libre des prothèses dentaires ou des audioprothèses) et en prenant en considération les modalités de prise en charge.

Le point de vue des usagers

Christian Saout

Président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Ces indicateurs donnent une vision idyllique du système de santé. Y compris dans les documents qui nous ont été distribués à l'instant, nous pouvons trouver des choses remarquables comme une étude de la DREES de 2012 : « *Les maternités, un temps d'accès stable malgré les fermetures.* »² Ou encore un article de l'INSEE : « *Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile.* »³ Récemment, dans un excellent numéro de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il est dit que les soins de proximité sont assurés à quinze minutes, que les soins de spécialité sont à vingt minutes et que les soins hospitaliers sont à quarante-cinq minutes pour 95 % des Français et à vingt-cinq minutes pour 75 % d'entre eux. Nous sommes donc inquiets pour peu de chose. Nous faisons l'expérience, au Collectif, que, dans les rencontres individuelles faites par les patients avec le système de santé, tout ne va pas exactement comme cette description le laisse à penser.

Trois éléments me semblent importants. Certes, avoir des soins accessibles en moins de quinze minutes, c'est bien, mais cela ne garantit pas que vous n'avez pas à attendre plusieurs mois. C'est le cas de l'ophtalmologie. On peut très bien avoir un service d'ophtalmologie à quinze minutes de chez soi et malgré tout attendre six mois pour avoir un rendez-vous. La disponibilité du service est un élément extrêmement important de l'accessibilité. Je ne la trouve pas bien prise en compte.

Le deuxième point est qu'il faut faire la distinction entre le secteur I et le secteur II. Ce qui intéresse les usagers du système de santé, c'est l'opposabilité tarifaire. Ils ont besoin de savoir quelle est la distance pour avoir une réponse en secteur I. Le secteur II ne doit pas être quelque chose d'imposé, mais doit résulter d'un choix du patient. Nous connaissons bien la réalité du terrain et nous savons que dans un certain nombre de zones de notre territoire, il n'y a plus de spécialités en secteur I ; donc, il faut forcément recourir au secteur II.

Le dernier élément, c'est que les indicateurs ne prennent pas en compte la question du reste à charge, laquelle doit être combinée avec la question de l'accessibilité géographique. Une expérience m'a été racontée au CHU de Bordeaux où vont des patients affectés par le virus de l'hépatite C (VHC), puisqu'une bonne partie des personnes affectées par cette pathologie est prise en charge en milieu hospitalier. Le CHU réalise des soins, mais propose également des actions d'accompagnement comme l'éducation thérapeutique ; il organise aussi des rencontres, aux vertus psychosociales, de soutien des personnes. Or, depuis le décret du 1^{er} avril 2011, les frais de transport ne sont plus pris en charge. Ils le sont pour la partie codifiée, cotée, mais pas pour le reste. Les actions d'accompagnement des patients ne sont pas cotées. Pourtant, aujourd'hui, les taux de succès des thérapies sur le VHC sont directement liés à la mise en place d'actions d'environnement envers le patient, notamment pour l'aider à soutenir des soins difficiles à suivre. Le succès de ces thérapies particulièrement coûteuses dépend donc de la capacité à allouer des ressources pour le déplacement des personnes. Je prends ici un exemple microscopique par rapport à la perspective qu'a indiquée Marie Reynaud, mais la question de l'intégration du reste à charge est particulièrement importante. En effet, le

2. Baillot A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures » ; *Études et Résultats*, DREES, n° 814. www.drees.sante.gouv.fr/les-maternites-un-temps-d-acces-stable-malgre-les.11035.html.

3. Evain F., Bigard M., Levy D., 2012, « Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile », *Insee Première* n° 1397. www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1397.

territoire français n'est pas plat comme la Hollande, et n'est pas distribué comme l'Angleterre où toutes les ressources publiques sont situées à moins de 60 kilomètres, où que l'on se situe. Le coût des déplacements pour accéder aux soins est une question essentielle, particulièrement dans un contexte où l'on a décidé de faire peser une partie des remboursements sur le transport, ce qui implique, qu'aujourd'hui, des personnes renoncent à se déplacer vers un lieu de soins, parce qu'elles ne seront pas prises en charge pour le transport. Cela augmente encore la difficulté d'accéder aux soins : cette difficulté n'est pas uniquement liée à la géographie, mais aussi à la manière dont des politiques sociales peuvent permettre d'en corriger les effets.

Mon deuxième groupe de remarques concerne la recherche des outils qui nous sont utiles. Les territoires de santé ont-ils une réelle existence ? La communauté hospitalière de territoires a été introduite dans la loi HPST⁴, mais elle répond à une logique fonctionnelle inter-hospitalière. Les contrats locaux de santé ne sont une logique de territoire que par la bonne volonté des acteurs qui s'y impliquent, mais il n'y a pas d'obligation de faire un territoire. On pourrait alors se demander : quel est ce territoire que l'on va appréhender ? Il existe une difficulté à trouver un territoire unique. Est-ce un territoire de santé publique ? Est-ce un territoire hospitalier ? Est-ce un territoire de soins de premier recours ? Sur quoi veut-on faire peser cet indicateur d'accessibilité géographique ? Est-ce le territoire du parcours de soins ? Peut-il embrasser l'ensemble du parcours, de la prévention jusqu'au médicosocial ? À mon sens, il faut essayer de trouver ce territoire unique.

Pourquoi insistons-nous sur l'idée que ce territoire doit être visible et lisible ? Il doit l'être pour le citoyen qui, aujourd'hui, ne sait pas comment s'orienter dans le système de santé. Ce n'est pas Ameli⁵ qui va y contribuer. Nous devrions avoir des outils extrêmement simples pour savoir où se trouve l'offre de santé dans un territoire, ce qui suppose d'appréhender le territoire en amont. Il faut que l'Assurance maladie, l'Agence régionale de santé (ARS) ou la Haute Autorité en santé (HAS) cartographient les ressources, et que cette cartographie des ressources, sorte d'annuaire de santé, soit accessible au patient. Vous habitez à un endroit donné ; vous prenez l'annuaire de santé et vous savez quelles sont les ressources dans votre zone géographique. Une telle cartographie serait évidemment très importante pour les opérateurs publics, même si les ARS en ont probablement déjà une. Ces cartographies des ressources ne sont ni opposables, ni transparentes, mais existent et doivent continuer à exister pour l'initiative privée.

Il faut faire particulièrement attention parce que ce sont des enjeux très importants. Aujourd'hui, on parle beaucoup des maisons de santé pluridisciplinaires. Elles ont de grandes qualités, mais elles ont un gros défaut, qui est d'accentuer l'éloignement moyen du système de soins. Si on regroupe dans un endroit un certain nombre de réponses pluriprofessionnelles, forcément, on accroît la distance moyenne pour accéder à ces réponses. Les maisons de santé ont le deuxième défaut d'assécher l'offre en ressources humaines de santé pour les territoires où il n'y en a pas. On aura encore plus de mal à trouver des personnes pour aller dans ces endroits, il faut donc faire extrêmement attention. Cela m'amène à la disette médicale qui, je pense, va venir. Nous allons entrer dans des difficultés majeures avec les départs à la retraite des médecins issus du baby-boom et l'assèchement de la production universitaire, puisque le *numerus clausus* n'a été corrigé que tardivement. Par ailleurs, les aspirations des professionnels de santé ne sont pas les mêmes en termes de fonctionnement professionnel que celles de leurs pères. Ils ont aussi le droit d'avoir une vie qui ne soit pas organisée comme celle des médecins du XIX^e siècle.

4. HPST : Hôpital patients santé territoires.

5. Ameli : Site Internet de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

À partir de là, il me semble que les outils compensatoires que l'on pourrait mettre en place ne sont pas opérants. La télémédecine est enfermée dans un décret qui la réduit à la portion congrue. L'hospitalisation à domicile, qui a pourtant considérablement augmenté (+119 % durant les cinq dernières années) ne représente que 1 % de la présence hospitalière territoriale. Il y a là des marges de manœuvre pour manifester une présence hospitalière différente de l'hospitalisation publique en termes de bâtiments. Les coopérations professionnelles sont extrêmement pauvres, en raison de la complexité de l'article 51. L'entretien pharmaceutique, proposé pour compenser un certain nombre de difficultés dans le suivi de santé des patients, ne se passe pas non plus au mieux. Il y a là des gisements de ressources considérables pour ajuster les besoins territoriaux. Les qualifications pour adapter la réponse territoriale ne sont pas non plus à la hauteur de ce dont nous avons besoin. Au fond, nous restons toujours avec les mêmes métiers au sein des ARS, alors qu'il nous faudrait des personnes en situation de catalyser les projets, de favoriser l'émergence de solutions modernes. C'est probablement difficile, y compris dans les métiers de la prise en charge. C'est pourtant ce qui avait été évoqué notamment dans le rapport Julliard, qui proposait de développer les assistants de santé et les coordinateurs d'appui, mais ces métiers n'émergent pas de façon significative. On peut les retrouver dans la prise en charge du cancer, notamment avec des infirmières pivots pour des infirmières de coordination, mais cela reste encore très sectoriel.

Le dernier élément est la logique de fongibilité asymétrique, promise par la loi « HPST », et qui n'est pas mise en œuvre du fait que les directeurs d'ARS n'ont de liberté financière qu'à hauteur de 0,5 % du budget de leur agence. Or, quelle que soit la pertinence des cartes et des outils d'analyse du territoire qui seront élaborés, rien ne changera si les directeurs d'ARS n'ont pas la possibilité d'allouer des ressources là où elles sont nécessaires en les prenant là où elles sont trop importantes.

Mes dernières remarques consistent à essayer de comprendre ce que tout cela veut dire. À quoi toutes ces choses-là correspondent ? Qu'y a-t-il d'indicible dans cela ? Probablement l'absence de stratégie nationale de santé. Ce n'est pas une nouveauté, cette stratégie nationale a été promise par le Premier ministre dans son discours à l'Assemblée nationale le 3 juillet. C'est d'ailleurs probablement en l'absence d'une telle stratégie que la convention médicale continue à être négociée à l'Assurance maladie et non au Parlement. Lorsque l'on négocie la convention médicale, la part de rémunération des professionnels de santé est légitime, mais la part d'organisation du système de santé n'est pas si légitime que cela. Or, de plus en plus aujourd'hui, l'Assurance maladie décide dans ses outils conventionnels de mettre des éléments d'organisation du système de santé. Il suffit de regarder la dernière convention pharmaceutique qui comprend l'entretien pharmaceutique et tout ce qui a été élaboré. Il s'agit d'outils d'organisation du système de santé et cela doit se faire sous le regard du Parlement et nulle part ailleurs. Je ne connais aucun pays contemporain comparable au nôtre par son système où les financements mobilisés se dispensent d'être validés au plan national.

Le second point est le renoncement à l'*aggiornamento*, c'est-à-dire à la mise à jour des modes de rémunération. Tout le monde le sait, pour bien répartir les professionnels de santé, il faudrait probablement employer des rémunérations au forfait. Si la part de rémunération au forfait était supérieure à 30 % de la rémunération globale, les médecins iraient chercher les forfaits là où ils sont : dans les déserts médicaux, il n'y a pas de médecin, mais il y a des patients et donc des forfaits et des rémunérations. Il n'est nul besoin de contrainte. Il suffit de modifier de manière adéquate la rémunération des médecins pour que d'une manière naturelle, comme tout acteur économique, le médecin aille chercher sa rémunération là où elle se trouve.

Les arbitrages collectifs se sont faits dans le sens d'une double logique inégalitaire, de maintien des inégalités territoriales de santé parce que l'on ne veut pas changer les choses, et

de maintien des inégalités entre les parties prenantes. Ne changeons rien chez les acteurs du système, changeons tout chez les utilisateurs du système : forfait, franchise, déremboursement. La solution est probablement dans le partage de la contrainte entre les uns et les autres. Dès lors qu'il n'y a pas plus d'argent, il faut le répartir différemment et il faut rendre le système performant. Cela veut dire restreindre la liberté des uns et des autres. La question est de savoir ce que l'on a en échange de la liberté. Pour les professionnels de santé, ce n'est pas à moi de le dire. Pour les patients, je pense que c'est à nous de le dire. En échange de la liberté, nous souhaitons l'opposabilité tarifaire et la coordination des soins. Le reste à charge doit être le plus faible possible et nous devons avoir le droit à un certain nombre d'éléments de qualité. Les usagers sont un peu les perdants du système, ils financent quelque chose dont une partie d'entre eux dit ne plus voir la contrepartie. La crise n'est pas substantielle, mais elle va le devenir. On entend les élus locaux s'en plaindre de plus en plus. Derrière les élus locaux, il y aura les populations. Un jour, un patient décèdera faute d'organisation du système de santé et il y aura une mise en cause publique devant le juge, comme toujours en France, puisque l'on aime bien attendre d'être dos au mur pour changer les choses. Le procès est un bon moteur du changement social lorsque l'on n'arrive pas à le faire autrement.

Quelques mots pour conclure. L'aménagement du territoire n'est pas forcément quelque chose de figé comme peuvent le laisser penser les cartes. C'est aussi une question de mobilité et donc de déplacement. Un ouvrage assez intéressant avait été publié en 2002 et s'intitulait « *La France à 20 minutes.* »⁶ Il proposait de passer d'un aménagement du territoire à un aménagement de la mobilité. L'analyse de la mobilité fait partie des outils à élaborer. Cela sera probablement compliqué, car la mobilité s'analyse à partir de l'expérience d'une personne confrontée au système de soins. En vision macroéconomique, la réponse est davantage systémique qu'individuelle. Mais il faut bien comprendre que l'expérience de la maladie est évidemment une expérience individuelle et qu'il faut que le système soit au service de cette expérience individuelle. De notre point de vue, il s'agit de la mobilité de nos politiques. Tant que nos politiques sanitaires et nos stratégies seront figées, rien ne pourra changer. Il faut une mobilité des structures, une mobilité des compétences professionnelles, une mobilité des logiques soignantes (plus de coopération, plus de coordination) et une mobilité des patients qui doivent comprendre que rien ne sera plus comme avant et qu'il faut accepter des changements. Cela se fera forcément avec eux plutôt que contre eux.

6. Benoit J.-M., Benoit P., Pucci P., 2002, *La France à 20 minutes : La révolution de la proximité*, Paris, Belin.

Quels territoires pour analyser l'accès aux soins ?

Sylvie Marchand

Cheffe du département de l'action régionale (INSEE)

Mon propos est de replacer le travail qui a pu être fait avec la DREES dans un contexte un petit peu plus large des outils d'analyse territoriale que nous pouvons mettre en œuvre à l'INSEE, mais aussi dans un certain nombre d'autres organismes. En écho à l'introduction qu'a faite M. Bourgueil, je parlerai rapidement d'espace, de temps et de déplacements et donc de territoire pertinent et d'acteurs puisque l'on peut parler de territoire de projet et voir comment on peut mobiliser des données sur ces territoires et les articuler avec des périmètres que l'on a fixés par avance.

Je vais vous dire quelques mots des données, car il est important pour vous de croiser les données *stricto sensu* sur l'accès aux soins avec des données démographiques, économiques, et sur les mobilités. Beaucoup de choses sont accessibles sur le site www.insee.fr. L'intérêt des données qui sont sur ce site est qu'elles sont comparables dans l'espace et le temps. Nous nous efforçons de donner de la profondeur aux données et de donner des territoires de comparaison à différents niveaux et dans différents domaines : sur les personnes, les emplois, les équipements et les entreprises, mais aussi sur les flux : domicile/travail, domicile/études et migration résidentielle. On peut accéder au niveau d'une commune, d'un ensemble de communes, d'un quartier ou du carreau à l'intérieur de la commune. On peut travailler sur des périmètres administratifs qui sont encore en vigueur aujourd'hui, mais aussi sur des zonages d'études, que l'appareil statistique construit pour problématiser ces analyses, et sur les territoires de projet.

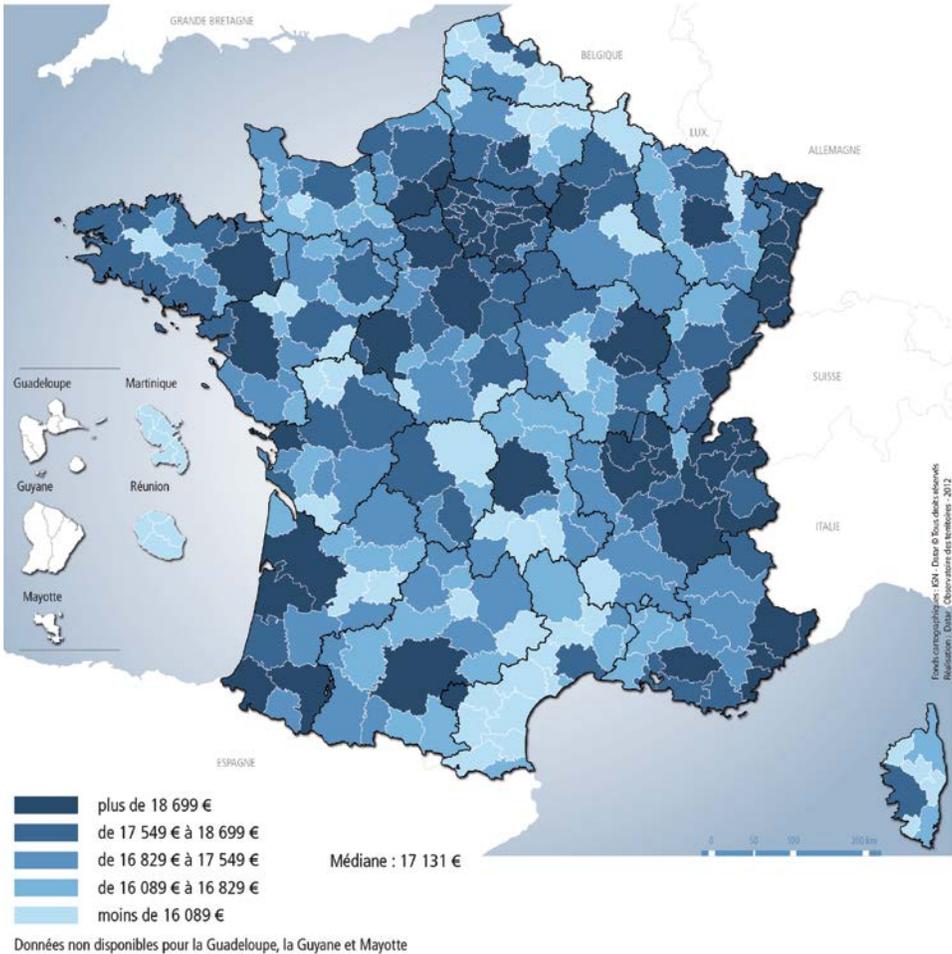
Au-delà des données et des territoires construits, nous avons besoin d'analyser les choses. La perception des phénomènes n'est pas immédiate. Il ne suffit pas de mettre les données sur des cartes, il faut les organiser et les étudier. Sur www.insee.fr, outre les données des chiffres-clés, il est possible de trouver des bases de données, des cartes, des portraits de territoires. On peut aussi réaliser des études en partenariat avec l'INSEE. Pour une ARS, cela permet de problématiser ces données et de les étudier de manière pertinente. Il y a eu des travaux avec l'INSEE dans les régions lorsque l'on a préparé les schémas d'organisation des soins. Je pense que ces collaborations peuvent être fructueuses.

J'en viens aux zonages d'études qui ont été construits. Nous nous sommes fondés sur les déplacements entre la résidence de la personne et l'équipement de santé. Il existe un lien entre l'endroit où la personne travaille et sa fréquentation des soins, que ce soit les soins de ville ou les soins hospitaliers. Un certain nombre de découpages sont fondés sur les migrations domicile/travail, les zones d'emploi et les aires urbaines. On a aussi des bassins d'attraction des équipements. On va beaucoup parler d'accès aux établissements de santé. Nous, nous construisons des périmètres à partir d'un panel d'équipements et nous préparons en ce moment les bassins de vie qui sont aussi un outil utile.

Concernant les zones d'emploi (carte 1), c'est une démarche que nous avons menée avec la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), qui a été actualisée en 2010. Les périmètres sont adaptés à la compréhension du marché du travail, en particulier parce que ce sont les périmètres dans lesquels les personnes habitent et travaillent en même temps.

CARTE 1

Revenu fiscal médian par unité de consommation par zone d'emploi en 2009



Sources • Atlas des zones d'emploi 2010 (INSEE DARES, DATAR).

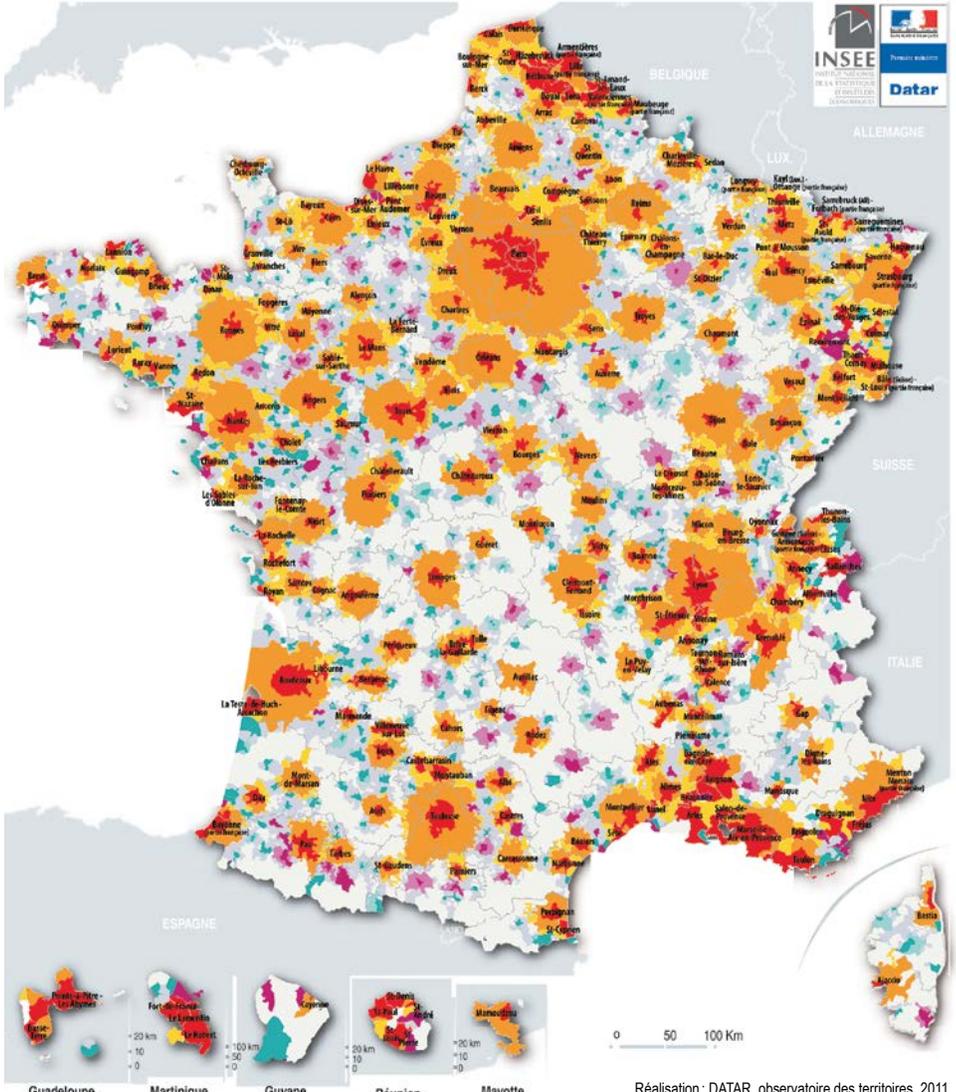
Les zones d'emploi constituent un zonage complet du territoire français. Certains découpages font une partition complète, d'autres ne le font pas. Pour ce qui est des zones d'emploi, nous nous sommes efforcés de faire une partition complète. Ce qui peut être intéressant pour vous, c'est qu'il s'agit d'un échelon privilégié de production d'indicateurs, en particulier du côté de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), puisque l'observatoire des territoires mobilise beaucoup de données au niveau de la zone d'emploi. Si vous voulez accéder à ces données de façon facile et rapide, un atlas des zones d'emploi a été fait par l'INSEE, la DATAR et la DARES il y a peu de temps et est disponible en ligne⁷. Le revenu fiscal médian, qui est une des variables cartographiées, permet d'avoir des comparaisons entre les territoires. Plus la couleur est foncée, plus le territoire est riche (carte 1). Nous pouvons voir se dessiner des zones de surreprésentation de la pauvreté ou de la richesse en France.

7. www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=atlas-zone-emploi-2010.

Quelques mots des aires urbaines, car elles sont utiles pour analyser le fonctionnement des métropoles. Cela ne définit pas une partition complète du territoire, c'est l'analyse d'un pôle d'emploi avec sa zone d'attraction. Elles sont elles aussi fondées sur les déplacements domicile/travail. Nous avons 792 aires urbaines (carte 2). Là aussi, la structuration du territoire peut être combinée avec d'autres informations sur l'accès aux soins.

CARTE 2

Les aires urbaines



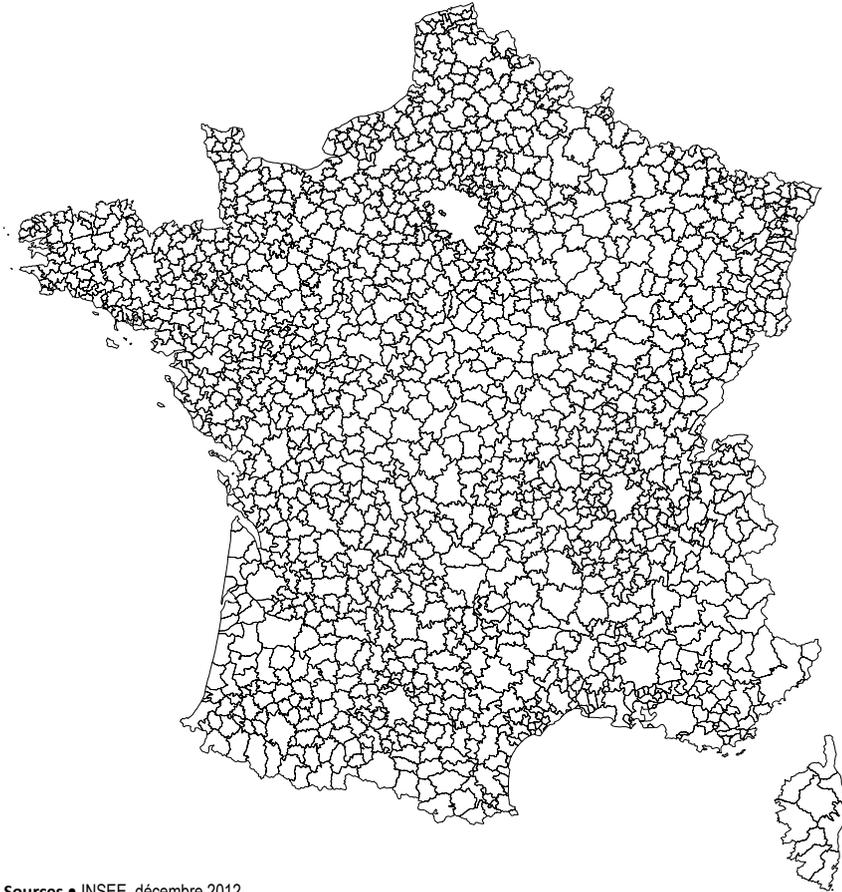
- | | | |
|--|---|---|
| <p>Espace des grandes aires urbaines</p> <p>Grandes aires urbaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Grands pôles - 3 257 communes ■ Couronnes des grands pôles - 12 305 communes ■ Communes multipolarisées des grandes aires urbaines - 3 980 communes <p> Nom des grandes aires urbaines</p> | <p>Espace des autres aires</p> <p>Aires moyennes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pôles moyens - 447 communes ■ Couronnes des pôles moyens - 803 communes <p>Petites aires</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Petits pôles - 873 communes ■ Couronnes des petits pôles - 587 communes | <ul style="list-style-type: none"> Autres communes multipolarisées Communes isolées, hors influence des pôles |
|--|---|---|

Sources • INSEE première n° 1374, octobre 2011.

Enfin, les bassins de vie (carte 3) se rapprochent de la méthodologie utilisée pour déterminer les bassins d'accès aux soins, mais ils sont plus généraux, puisqu'ils sont fondés sur un pôle présentant un certain nombre de services à la population. On définit un pôle et ensuite on regarde les communes qui sont attirées en termes de distance/temps, puisque c'est le temps d'accès à cette commune qui est comptabilisé.

CARTE 3

Définition des bassins de vie



Sources • INSEE, décembre 2012.

Ces bassins de vie ont été publiés le 13 décembre 2012⁸ et ce sont des outils intéressants pour ce qui est de l'analyse des phénomènes de fréquentation de proximité. Ils vont eux aussi déterminer une partition complète du territoire. Ils sont beaucoup plus nombreux que les zones d'emploi puisqu'il en existe 1 666 (carte 3). Cette carte est provisoire et n'est pas interprétable en l'état, mais vous avez tous les points ou les futurs points qui sont les communes-centres des bassins de vie.

8. *Insee Première* n°1425, décembre 2012.

Je vais conclure sur le fait que l'on peut et que l'on doit construire des périmètres adaptés à des problématiques. En mobilisant des données sur les communes et même à un niveau plus fin, on peut tout à fait arriver à analyser des territoires qui ne sont pas construits d'avance. Cela peut permettre de préparer des schémas d'organisation du territoire comme les schémas de développement économique, les schémas d'organisation des soins ou les schémas d'intercommunalité. Cela a été le cas lorsque nous avons réfléchi sur la loi votée récemment sur cette question. Nous pouvons étudier des bassins d'attraction des équipements en mesurant les flux réels de fréquentation des résidents. Nous pouvons faire la même chose pour les établissements d'enseignement que ce qui a été fait sur les établissements de santé, que ce soit dans l'enseignement secondaire ou le supérieur. Il suffit d'avoir la localisation des personnes et la fréquentation par les élèves ou étudiants de l'établissement d'enseignement.

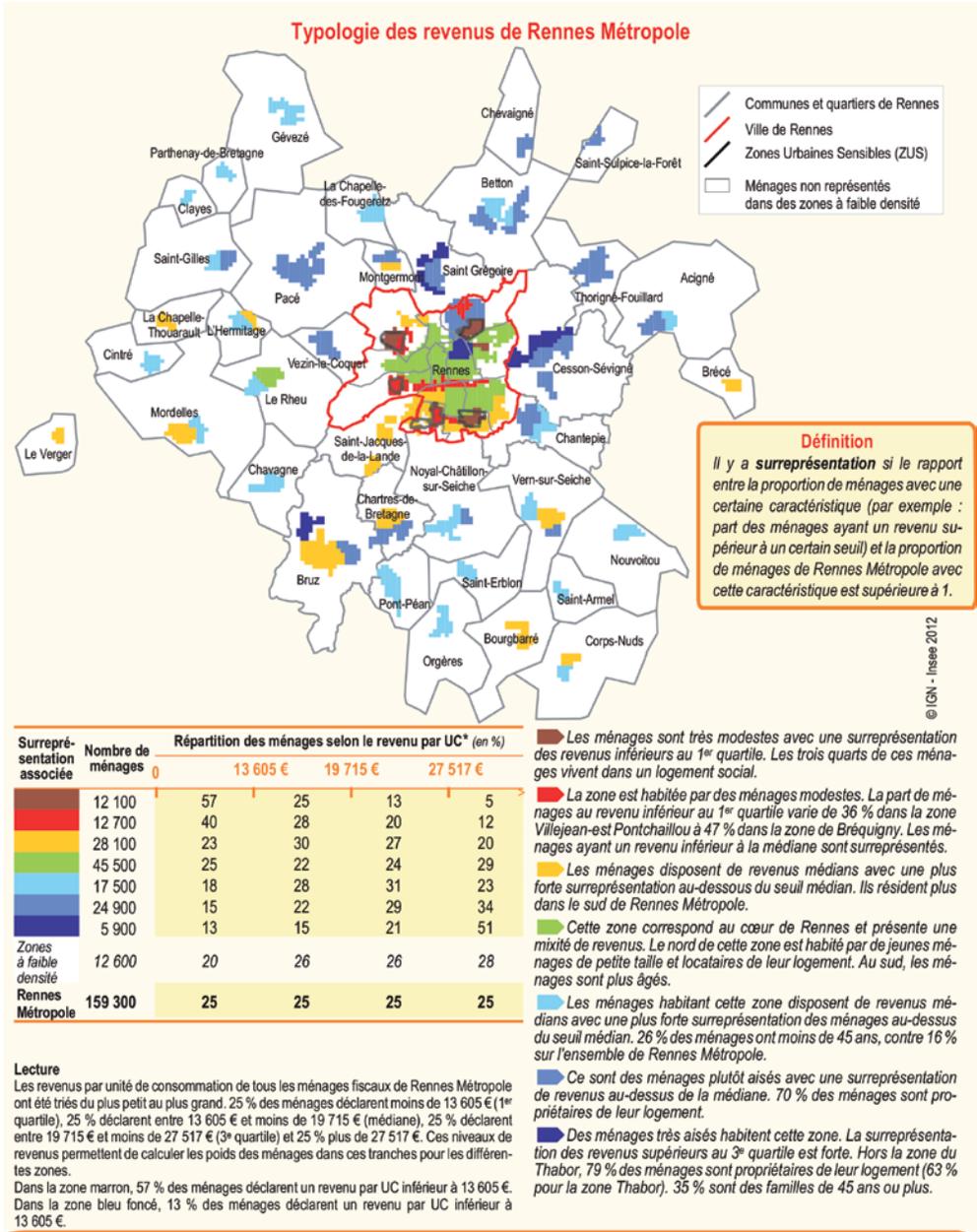
Au-delà, nous pouvons entrer à l'intérieur de la ville et étudier des choses plus fines. Nous avons de plus en plus de données mobilisables sur des carreaux. Il suffit d'avoir l'adresse des personnes ou des établissements, des équipements. Ensuite, l'adresse est convertie en une coordonnée x/y que l'on peut placer dans un carreau d'une certaine taille, par exemple 200 mètres sur 200 mètres. Du coup, on peut analyser un fonctionnement à l'intérieur de la ville sur la base de carreaux et s'abstraire totalement des zonages. *A priori*, à terme, tout sera possible en additionnant simplement un ensemble de carreaux. Par exemple, en ce moment, vous entendez beaucoup parler de la rénovation de la politique de la ville. Le ministre de la Ville a demandé à l'INSEE de regarder les périmètres actuels des zones urbaines sensibles (ZUS), et des zones franches urbaines (ZFU), ces quartiers de la politique de la ville, et de territorialiser la pauvreté pour voir si ces zones se superposent. Dans bien des cas, elles ne se superposent pas complètement. Cela permet donc des approches plus dynamiques sur l'évolution des phénomènes.

La carte 4 est un exemple de carte que nous faisons actuellement sur ces questions. Vous avez, en rouge, la ville de Rennes, en gris, les délimitations des communes. Sont coloriées les zones de surreprésentation de population ayant certains revenus. À Rennes, certaines zones où il y a une surreprésentation de la pauvreté se situent en dehors des périmètres actuels des ZUS et invitent à reréfléchir à la façon dont ces périmètres ont été déterminés dans le passé.

Vous pouvez trouver quelques données et quelques bases de données au carreau sur www.insee.fr. Pour l'instant, nous avons simplement les estimations de population. D'ici la fin de l'année, nous mettrons à disposition une trentaine d'indicateurs sur le revenu, sur la répartition par âge de la population et sur certaines caractéristiques de la population. Seront aussi accessibles assez rapidement des données sur la localisation fine des équipements avec notre base permanente des équipements, les coordonnées x/y des équipements, ce qui vous permettra de manipuler ces données, de les cartographier et d'y associer d'autres informations.

CARTE 4

La typologie des revenus de Rennes Métropole



© IGN - Insee 2012

Sources • INSEE Bretagne n° 29, février 2012.

Les outils d'analyse territoriale développés par la DREES et l'INSEE

Malik Koubi

Chef du bureau Comptes et prévisions d'ensemble (DREES)

C'est une excellente transition pour passer à l'outil plus spécifique qui a été élaboré par la DREES et l'INSEE puisqu'il mêle à la fois des problématiques d'accès aux soins et de la méthodologie géographique. C'est une des raisons pour lesquelles le partenariat a été fait avec l'INSEE qui est particulièrement spécialisé dans ces questions de méthodes de statistique spatiale. La présentation que je vais vous faire ici est une présentation à grands traits de l'ensemble des outils qui sont mis à disposition à travers cet investissement « accès aux soins ». Cet investissement rassemble des données sur l'accès aux soins issues de multiples sources. Si les outils d'analyse développés sont relativement faciles à utiliser, ils demandent cependant certaines connaissances techniques, car ces problématiques géographiques sont très compliquées. Je voudrais faire passer l'idée que cela sera un investissement pérenne et qui a vocation à évoluer.

L'égal accès aux soins est une préoccupation constante des pouvoirs publics. C'est une disposition constitutionnelle, mais sa dimension territoriale a été particulièrement mise en avant ces derniers temps, notamment à travers la loi HPST. En même temps, avec la mise en place des ARS, nous avons besoin d'outils de pilotage territorial de plus en plus fins et de données qui permettent de faire des tableaux de bord cohérents et suffisamment exhaustifs pour pouvoir mettre en place des politiques. À cause de ces nécessités de gestion, on ne peut pas se contenter de la méthodologie « naïve » qui peut exister. Des méthodes existent, permettant de calculer des indicateurs plus élaborés que ceux habituellement utilisés, comme les indicateurs de densité. Ces nouveaux indicateurs ne tiennent pas seulement compte de la présence ou pas d'un professionnel de santé, mais également de la quantité de travail qu'il peut fournir. Je reviendrai sur ces outils, qui seront par ailleurs présentés en détail dans les sessions suivantes.

Cet investissement offre un cadre d'analyse comparable d'une région à l'autre. C'est à la fois un outil qui contient des sources multiples, mais également des méthodologies permettant d'assurer une comparabilité entre les territoires. Comme tout outil construit en collaboration avec l'INSEE, les données contenues dans cet investissement pourront être rapprochées d'autres données de contexte collectées par l'INSEE, dans les domaines économique et social par exemple. En particulier, on peut imaginer faire des études qui croisent accessibilité géographique et financière en comparant les territoires selon le niveau de richesse de leurs habitants.

Ces outils sont une première étape, que la DREES veut consolider et rendre pérenne par leur mise à jour régulière. Le savoir-faire de l'INSEE, son investissement dans les problématiques géographiques sont des garanties pour que cet outil soit mis à jour. C'est un investissement évolutif. Vous n'allez donc pas tout trouver dans cet investissement, mais déjà beaucoup de choses pour une première étape. Parmi les futurs développements, on peut penser par exemple à la problématique des urgences qui n'est pas encore traitée, mais qui sera incorporée. On pourra également travailler à un niveau plus fin que le niveau communal actuellement retenu dans cet investissement. Tout cela sera entretenu dans un contexte d'appui régional, puisque les études locales pourront se faire en partenariat entre l'INSEE et les acteurs locaux responsables des politiques.

L'outil rassemble des données diverses à une échelle communale pour la plupart des cas, et au niveau de l'arrondissement pour les grandes villes. C'est un ensemble de données très

détaillées et documentées. Ce sont des données harmonisées, permettant de développer des analyses comparables d'un territoire à l'autre. C'est très détaillé parce que l'on peut également raisonner sur des sous-populations particulières (par âge ou par niveau de vie par exemple). On peut également constituer des territoires à façon, c'est-à-dire délimiter un groupement de communes particulier, et n'être pas forcément calé sur le territoire « officiel ». Il est également possible d'aborder les questions financières puisque l'on peut distinguer les professionnels de secteur I et de secteur II, etc.

L'outil est évolutif et en grande partie paramétrable. Lorsque l'on propose une méthode avec différents paramètres (comme par exemple la zone de recours à un médecin généraliste en termes de temps d'accès), on laisse la main à l'utilisateur pour fixer lui-même les paramètres. C'est pour cela que l'outil permet des analyses adaptées à des problématiques locales qui ne seront pas les mêmes d'un territoire à l'autre et donc une certaine souplesse dans l'utilisation. Il est prévu que cela se fasse dans le cadre de partenariat avec l'INSEE qui a l'expérience de la réalisation d'études locales et assurera une maintenance et une évolution de l'outil selon les besoins qui remonteront. Une des caractéristiques des données géographiques est la richesse de celles-ci. Le caractère évolutif de l'outil sera assuré par l'existence d'un réseau d'utilisateurs locaux.

Pour ce qui est du champ, actuellement, nous sommes sur les données 2010. Pour la ville, l'investissement se concentre sur 10 professions et spécialités de premier recours. L'investissement a beaucoup bénéficié des investissements méthodologiques de l'IRDES, mais également des données que nous a fournies la CNAM-TS. Pour l'hôpital, cela se concentre sur le court séjour et un petit peu sur l'hospitalisation à domicile pour laquelle on est en mesure de définir des zones blanches à partir du programme de médicalisation de système d'information (PMSI). Ce sont 32 spécialités qui sont traitées, elles couvrent 80 % du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie).

L'outil comprend quatre modules qui abordent chacun une thématique particulière.

Le premier module porte sur l'accessibilité aux soins de premier recours. Il s'intéresse aux temps théoriques d'accès aux soins de proximité, et se décline par spécialités. Il calcule une accessibilité théorique, c'est-à-dire ce qui se passerait si les personnes allaient au plus près.

Le deuxième module s'intéresse à la fréquentation réelle, c'est-à-dire à la fréquentation correspondant à l'ensemble des flux observés une année donnée. Il calcule les mêmes indicateurs d'accessibilité, mais également les déplacements que font les patients pour se rendre à telle ou telle spécialité et donne un aperçu de la façon dont le territoire se structure autour de cette offre de santé.

Le troisième module confronte ensemble l'offre et la demande potentielle. Il propose en particulier des indicateurs élaborés de densité qui vont au-delà de ceux habituellement calculés qui réputent que les médecins de premier recours peuvent toujours répondre à toutes les demandes qui leur sont adressées. Ce nouvel indicateur prend en compte la quantité d'offre de soins pour moduler ces indicateurs habituels.

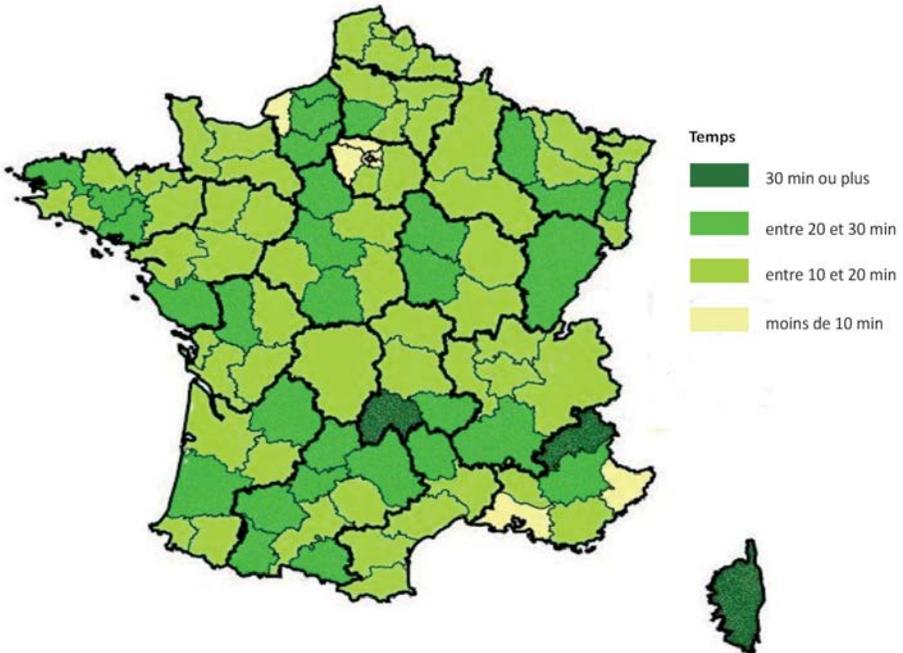
Enfin, le dernier module est un peu expérimental ; il permet de simuler l'impact en termes de flux de restructurations hospitalières.

L'investissement comprend un guide de l'utilisateur très détaillé qui présente à la fois les méthodes et concepts, mais également l'utilisation très concrète des programmes et des bases de données qui sont livrés. À partir de cet investissement, plusieurs études ont déjà été publiées⁹.

Sur le module 1 qui s'intéresse à l'accessibilité, on peut réaliser des cartes par département comme la carte 5. Il s'agit d'une carte nationale, mais comme l'intérêt de l'investissement a vocation à faire des cartes locales, celles-ci seront plutôt réalisées au niveau de la commune.

CARTE 5

Le 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.

Le module 2 part des flux réels et comprend trois volets : le premier porte sur l'analyse des flux et la structuration du territoire qu'ils déterminent, le deuxième sur la comparaison entre le temps le plus court, c'est-à-dire le temps théorique, et le temps effectivement observé, le troisième sur la détermination des aires d'influence des établissements.

9. Evain F., Bigard M., Levy D., 2012, « Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile », *Insee Première* n° 1397.

Evain F., Solard J., 2012, « Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités », *Études et Résultats*, DREES, n° 794.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 794, et *Questions d'économie de la Santé*, IRDES 2012.

Baillot A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Études et Résultats*, DREES, n° 814.

Barlet M., Collin C., Bigard M., Levy D., « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et Résultats*, DREES, n° 815.

« L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance », 2012, *Focal Insee Limousin*, n° 83.

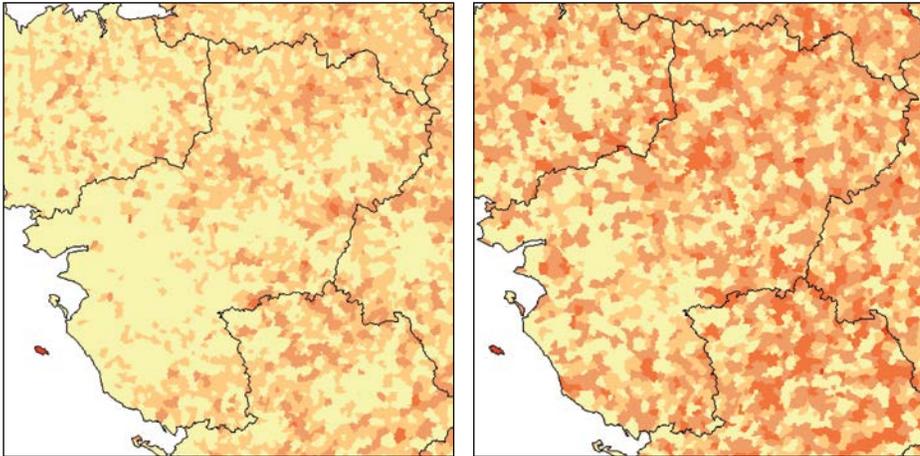
La carte 6 donne un exemple du volet 2 ; celle-ci met en évidence l'importance des différences entre temps théoriques et temps effectifs. Cette cartographie peut beaucoup enrichir les analyses locales, surtout avec des partenaires comme les ARS qui connaissent les territoires locaux et qui peuvent déterminer les facteurs explicatifs de ces différences. Est-ce une offre insuffisante, ou encore trop concentrée pour certaines sous-spécialités ? Est-ce une question de réputation des établissements ?

CARTE 6

Comparaison des temps d'accès « effectif » et « au plus court », médecins généralistes libéraux (hors MEP), Pays de Loire

Temps « le plus court »

Temps « effectif »



Temps en minutes

26 à 112 11 à 26 7 à 11 1 à 7 0 à 1

Champ • France, 2010.

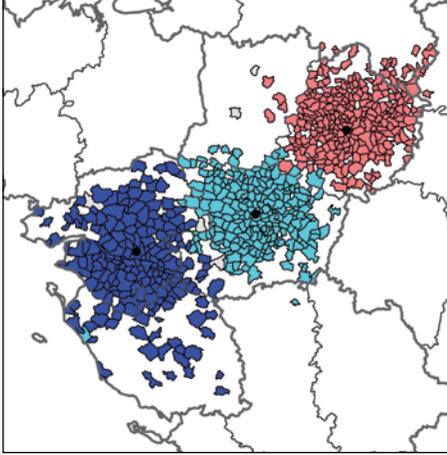
Sources • Investissement AT39, INSEE-DREES. Données : SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population, INSEE, 2008 ; distancier Odomatrix, Institut national de la recherche agronomique (INRA).

La carte 7 présente un exemple du volet 3 consistant à déterminer les aires d'influence de certains établissements. C'est une partie du module qui est paramétrable. On définit l'aire d'influence d'un équipement en sélectionnant les communes qui envoient plus de $x\%$ de leurs patients vers cet établissement ; la valeur de x étant l'un des éléments paramétrables. Selon les paramètres que l'on choisit, on peut avoir des communes qui restent en blanc (le nombre de patients concernés étant insuffisant pour déterminer les établissements rattachés), mais également en gris, parce qu'elles peuvent être rattachées à plusieurs établissements.

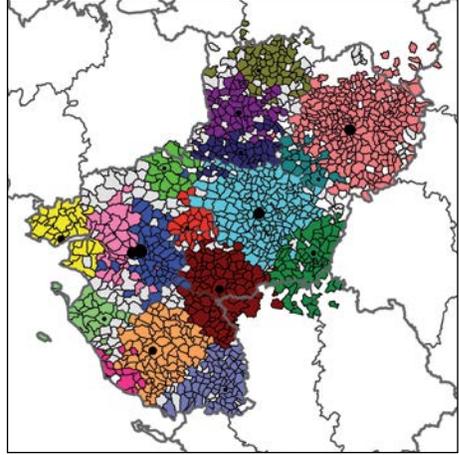
CARTE 7

Comparaison des aires de rayonnement des maternités en Pays de Loire

a) Maternités de type 3 uniquement
(3 communes pôles)



b) Maternités de tous types
(17 communes pôles)



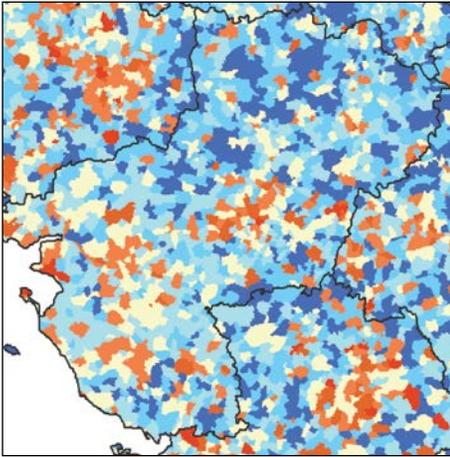
Sources • Investissement AT39, INSEE-DREES. Données PMSI-MCO 2010, SAE 2010, distancier Odomatix, INRA.

Christian Saout a souligné la nécessité de ne pas se limiter à des indicateurs « naïfs ». L'investissement « accès aux soins » constitue en partie une réponse. Il propose en effet un indicateur appelé « l'accessibilité potentielle localisée » plus élaboré. Au lieu de calculer le nombre de médecins pour 100 000 habitants, on calcule une densité qui tient compte de l'offre réelle locale (carte 8). Ce nouvel indicateur tient compte à la fois de la zone de patientèle de chaque médecin (établie en fonction des temps d'accès de la patientèle à son lieu d'exercice) et de son temps de travail. S'il n'y a qu'un seul médecin dans la zone considérée et que celui-ci n'est pas capable de répondre à l'ensemble de la demande, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée donnera une information différente de l'indicateur « naïf ».

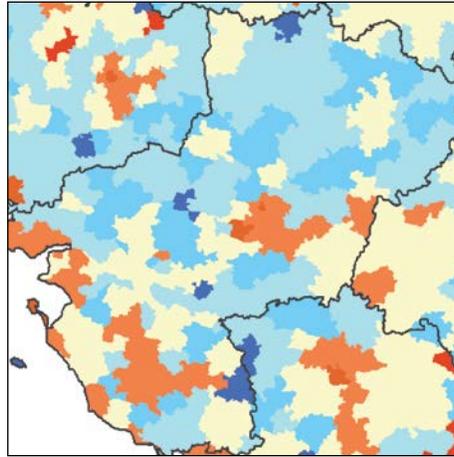
CARTE 8

Comparaison de l'APL et de la densité par bassin de vie en Pays de Loire

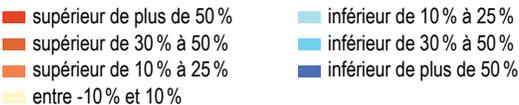
a) Accessibilité potentielle localisée



b) Densité par bassin de vie



Par rapport à l'ETP moyen pour 100 000 habitants en France métropolitaine
Par commune



Sources • Investissement AT39, INSEE-DREES. Données : SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population, INSEE, 2008 ; distancier Odomatrix, INRA.

Le module 4, qui est expérimental, est un algorithme d'optimisation permettant de calculer l'impact de la suppression (ou de l'ajout) d'un équipement. Son objectif est de minimiser les déplacements induits par la restructuration, entendus comme la somme des kilomètres parcourus par les patients. Cette optimisation peut intégrer des contraintes, comme la capacité d'accueil des établissements d'accueil. Si on supprime un établissement, l'algorithme ne va pas faire en sorte que tout le monde se reporte sur le même établissement dont les capacités sont limitées. Il va y avoir un arbitrage entre plusieurs établissements. L'utilisateur peut lui-même fixer les contraintes. Il s'agit d'une aide à la décision, même si cet outil est assez fruste puisqu'il ne tient pas compte des comportements des patients. On ne tient, par exemple, pas compte de l'effet « réputation » de l'établissement, on suppose ici que les patients vont se diriger vers l'établissement le plus proche. Malgré ses limites, cet outil peut être une aide à la décision très utile pour simuler les réallocations « optimales » en cas de modifications de la carte de santé.

En conclusion, nous avons là un investissement très riche, qui couvre une grande partie des problématiques locales d'accès aux soins et qui devrait être enrichi. Les études déjà publiées donnent une idée de ce que l'on peut faire. C'est un outil qui a vocation à se diffuser largement, en particulier dans le cadre de partenariat entre l'INSEE et les acteurs locaux.

Échanges avec la salle

Muriel Prudhomme, médecin, directrice de la PMI, Conseil général de l'Essonne

Vos données sont quand même très théoriques. Le conseil général de l'Essonne a réalisé fin septembre 2012, avec l'institut BVA, un sondage sur l'accès aux soins. Il apparaît que 26 % des Essonnais ont dû renoncer aux soins dans les douze derniers mois, notamment en raison de la difficulté à avoir un rendez-vous et à accéder à ces soins ; 45 % de femmes ont dit qu'elles avaient eu du mal à s'inscrire dans la maternité de leur choix. Ces personnes ont été, en outre, interrogées sur quelque chose qui apparaît très peu dans vos statistiques : le recours aux structures de médecine publique ambulatoire (centres de santé, centres de PMI, centre de planification et d'éducation familiale [CPEF]...) : 35 % des Essonnais y ont eu recours. La prise en compte de cette médecine publique ambulatoire me paraît être un recours de santé important. Elle répond au problème de l'accessibilité financière, et constitue une réponse pour les jeunes médecins attirés par la médecine salariée. Surtout, ces structures ont fait la preuve de leur efficacité sur les prises en charge globales alliant prévention, soins, éducation pour la santé à un moment où les pathologies chroniques s'accroissent et où il est nécessaire de mieux graduer le recours aux soins et de décloisonner les prises en charge. Aussi, le débat relatif au développement de la médecine publique ambulatoire comme une réponse à l'évolution du système de santé se pose-t-il.

Yann Bourqueil

Nous avons effectivement déjà été questionnés sur le fait que nous n'ayons pas pris en compte les médecins travaillant dans les centres de santé pour calculer l'accessibilité potentielle localisée (APL). Il n'existe en effet à ce jour aucun système d'information capable d'identifier les médecins qui travaillent dans les centres de santé. On connaît le numéro FINESS¹⁰ des centres de santé, mais pas les médecins qui y travaillent. Or, ces médecins sont souvent à temps très partiels. Les centres de santé demeurent des boîtes noires. Les systèmes d'information devront évoluer pour tendre à cette identification des médecins. À l'inverse, il

10. Numéro FINESS : identifiant à 9 chiffres attribué à chaque établissement ou entité juridique du secteur sanitaire et social.

n'existe pas encore, à ce jour, de moyen d'identifier les maisons de santé dans les fichiers de l'assurance maladie. Nous touchons là du doigt la structuration des systèmes d'information qui est historiquement fondée sur la distinction entre l'exercice libéral individuel et l'exercice au sein d'une structure. Pour mieux appréhender l'offre de soins de proximité notamment, il faut à la fois identifier les structures et les individus, ce qui nécessite des adaptations des systèmes d'information.

Christian Saout

Pour répondre sur la médecine publique ambulatoire, l'affaire a été tranchée depuis longtemps et notamment par un arrêt célèbre du Conseil d'État concernant la ville de Nanterre qui dit qu'en cas de carence de l'initiative privée, la main revient à la puissance publique quelle qu'elle soit. La voie est donc libre pour une médecine ambulatoire publique. Après, on peut le faire par de multiples outils, on butera sur une difficulté qui n'est pas résiduelle. Dans les années 1960, quand la mairie de Nanterre ouvrait un cabinet dentaire, elle trouvait des dentistes contrairement à aujourd'hui, ce qui renvoie à la réponse aux questions que j'ai soulevées tout à l'heure en termes d'outils de suppléance ou d'outils compensatoires. Qu'est-ce que l'on est capable d'offrir à nos concitoyens si nous ne voulons pas obliger les médecins à aller dans un certain nombre d'endroits et si nous ne pouvons pas en trouver pour y aller ? Quelles sont les solutions compensatoires ? Comment mettre en place des postes de santé avancés occupés par d'autres professionnels de santé que des médecins ? C'est cela qui est devant nous et c'est à cela que nous ne voulons pas répondre.

Patrick Romestaing, chargé des questions démographiques au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Je voudrais donner un message d'espoir étant donné que j'ai entendu les mots « déserts médicaux » et « disette ». Déserts médicaux, déserts en général, déserts commerciaux, déserts sociaux, déserts administratifs, il faut réfléchir à tout cela et ne pas simplement se contenter de mettre le projecteur sur les médecins. Nous allons présenter les résultats de suivi d'une cohorte de médecins nouvellement inscrits en 2007 ; que font-ils en 2012 ?

Cette étude révèle que lors de la première inscription à l'Ordre, seul 1 médecin sur 10 exerce en libéral. Cinq ans plus tard, ils sont 34,5 %. L'offre de soins en ambulatoire est ainsi plus importante à terme. Ce sera bien évidemment à confirmer. Il est essentiel de s'intéresser aux acteurs et aux futurs acteurs. Les jeunes ne montrent pas un désamour pour l'exercice en libéral, mais une méconnaissance. Il est essentiel de mettre le projecteur et l'accélérateur sur la connaissance des jeunes médecins qui ne sont formés que dans le cadre hospitalo-universitaire. Il faut donc développer les lieux de stages, car, là où l'université a rempli son rôle, on voit des jeunes s'installer, notamment en zone rurale. Si on n'aborde pas plus clairement la problématique des lieux de stages, on pourra bien présenter toutes les études que l'on veut, il n'y aura pas le renouvellement.

L'ACCÈS AUX SOINS HOSPITALIERS

Ouverture

Roland Cash

Médecin, économiste de la santé

L'accès aux soins hospitaliers est un sujet à plusieurs dimensions. La discussion publique porte surtout sur le maillage du territoire, les distances et les temps d'accès, l'arbitrage entre qualité et proximité, mais, comme les présentations qui vont suivre le soulignent, le sujet se complique lorsqu'on affine l'analyse. Plusieurs points illustrent cela :

- il faut éviter de raisonner trop globalement, mais travailler plutôt par pathologie. La situation est très variable selon les spécialités, selon que l'on parle par exemple de chirurgie cardiaque ou de bronchiolite de l'enfant, etc. ;
- les choix des patients, les choix de planification sont dictés par les lieux d'exercice des praticiens, les problèmes de répartition géographique et par spécialités des effectifs médicaux ;
- le temps moyen ou le temps médian ne sont pas forcément les indicateurs les plus pertinents. Ces éléments ne disent pas suffisamment de choses sur ce qui se passe aux marges. Or, ce qui compte surtout dans ces circonstances, ce sont les extrêmes, c'est-à-dire les 10-15 % des habitants qui sont éventuellement à plus de trois quarts d'heure d'un certain type d'offre dans certaines zones ;
- plusieurs présentations observent que ces questions de temps d'accès et de distance sont aussi dépendantes des choix des patients. Or, les patients ne vont pas toujours au plus proche, ce qui conduit à raisonner sur les accès aux soins hospitaliers de manière un peu différente. Entrent en jeu les délais de rendez-vous, les facteurs de notoriété, l'attraction des centres d'excellence, etc. ;
- un dernier point concerne les éléments de méthode. Ces problèmes d'accès, de distance, de temps de trajet nécessitent de développer un corpus méthodologique assez solide. Les progrès réalisés ces dernières années en matière d'utilisation et d'interprétation des données et de cartographie ont permis une connaissance plus fine de ces problématiques d'accès.

Apports des outils DREES-INSEE pour l'analyse de l'accès aux soins hospitaliers

Christelle Minodier

Cheffe du bureau des établissements de santé (DREES)

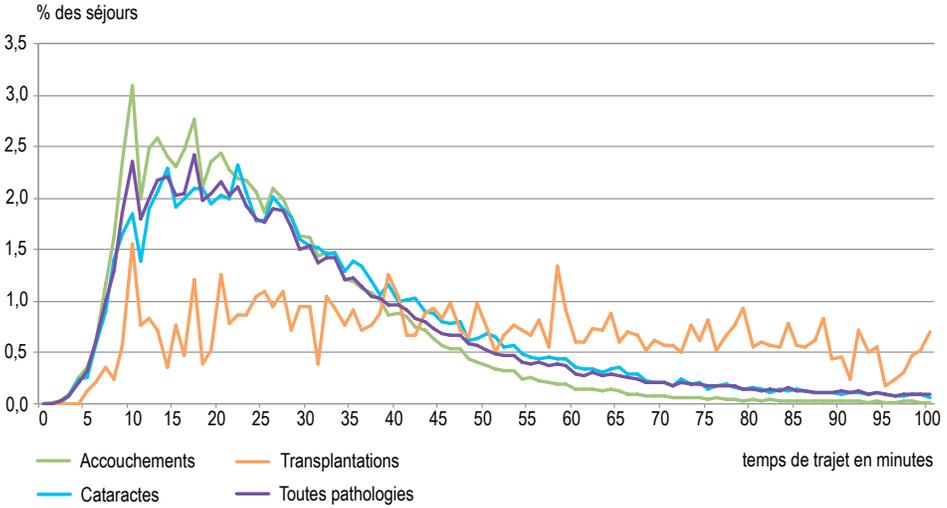
L'étude de l'accès aux soins hospitaliers au niveau national est importante pour dresser un état des lieux général et mettre en évidence d'éventuelles disparités régionales. Ces analyses peuvent et même doivent être complétées par des zooms régionaux ou infra-régionaux réalisés par les acteurs locaux et destinés à alimenter la connaissance et à éclairer le débat localement. Vous aurez un exemple d'une telle utilisation régionale juste après mon intervention.

Je vais reprendre les principaux résultats de diverses études réalisées et publiées par la DREES depuis 2011. Commençons par une vue d'ensemble de l'accès aux soins hospitaliers. La moitié des patients en court séjour sont hospitalisés à moins de vingt et une minutes de leur domicile. Un quart l'est à moins de dix minutes environ et un quart à plus de trente-sept minutes. Il s'agit bien là de la distance effectivement parcourue par les patients hospitalisés et non de la distance théorique la plus courte. Globalement, les temps de parcours sont relativement faibles au regard de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation. Ce sont logiquement les prises en charge fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile. Elles ont en effet souvent lieu dans les centres hospitaliers, qui offrent un maillage territorial très fin. On peut citer les accouchements pour lesquels le temps de parcours médian est de dix-sept minutes, les prises en charge pour toxicomanie ou alcoolisme, les interruptions de grossesse, les troubles mentaux d'origine organique ou encore les appendicectomies. Vous remarquerez que l'on ne retrouve pas les cataractes, puisqu'elles sont prises en charge dans des cliniques spécialisées, moins nombreuses sur le territoire que les centres hospitaliers publics. À l'autre extrémité se trouvent les prises en charge avec les temps de parcours médians les plus élevés, complexes et rares. Près des deux tiers des séjours qui y sont associés ont lieu dans un centre hospitalier universitaire ou régional. L'exemple typique est celui des transplantations. Pour ces opérations, les patients n'ont pas d'autre choix que de parcourir des distances importantes.

Pour aller au-delà de la moyenne et de la médiane, il peut être utile de regarder les distributions de temps de trajet. Nous l'avons fait pour trois prises en charge : les accouchements, les opérations de la cataracte et les transplantations ainsi que pour l'ensemble des pathologies (graphique 1).

GRAPHIQUE 1

Distribution des temps de parcours des patients, par pathologie



Sources • Agence technique de l'information sur l'hospitalisation-Programme de médicalisation des systèmes d'information (ATIHP-PMIS), 2010 ; distancier Odomatix, Institut national de la recherche agronomique (INRA).

Note • La part de patients se faisant hospitaliser dans leur commune de résidence n'a pas pu être représentée pour des raisons d'échelle.

On distingue clairement deux profils différents entre les accouchements et les cataractes d'une part, et les transplantations d'autre part. D'un côté, une proportion de temps nuls importante : 24 % pour les accouchements et 19 % pour les cataractes. Ces masses en zéro qui représentent la part des personnes se faisant hospitaliser dans leur commune de résidence n'ont pu être représentées à l'écran pour des raisons d'échelle. Le gros de la distribution se situe sur un laps de temps assez court, avec une queue de distribution qui va très loin. À l'inverse, pour les transplantations, on a une masse en zéro bien plus faible et une distribution assez plate.

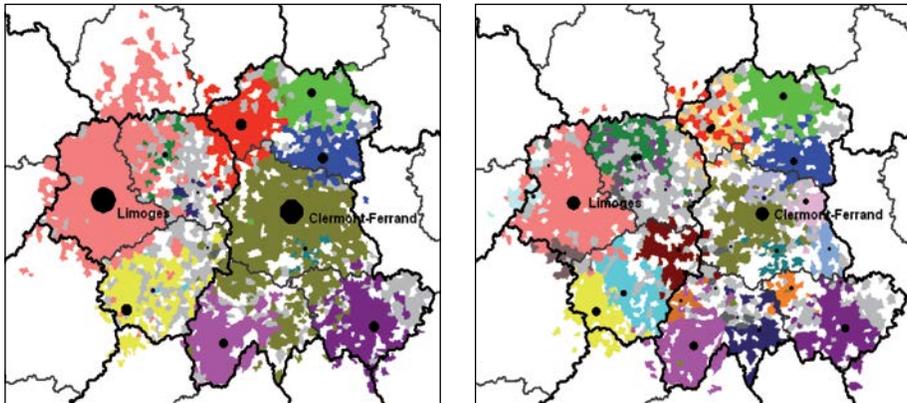
On peut également regarder comment varie localement le temps d'accès. La représentation cartographique des temps de parcours médians par commune révèle qu'il y a très peu de zones pour lesquelles ce temps est supérieur à une heure de trajet. Celles-ci correspondent le plus souvent à des zones montagneuses ou peu peuplées. L'adéquation entre la répartition de la population et la localisation des établissements apparaît donc bonne sur le territoire. La proportion de séjours réalisés dans la commune de résidence, et pour lesquels le temps de trajet est nul par convention, est de 20 % toutes pathologies confondues. Les disparités inter-régionales sont relativement faibles. La plupart des régions ont une médiane comprise entre vingt et vingt-six minutes. Toutefois, la médiane en Franche-Comté est deux fois supérieure à celle en Île-de-France : vingt-neuf minutes contre quinze minutes. Si l'on étudie les disparités interdépartementales, le constat n'est plus tout à fait le même et on observe davantage d'hétérogénéité entre les départements, y compris entre ceux d'une même région. Le départ-

tement avec le temps de trajet médian le plus court est celui des Alpes-Maritimes et celui avec le temps de trajet le plus élevé les Alpes-de-Haute-Provence, deux départements de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) limitrophes. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins, d'où l'intérêt de ces études régionales menées en partenariat. Ces disparités de temps d'accès s'expliquent notamment par la démographie et les différences d'offre de soins.

Après cette vue d'ensemble, regardons l'accès aux soins hospitaliers pour deux spécialités relativement courantes : l'ophtalmologie et la pneumologie. L'activité hospitalière d'ophtalmologie est majoritairement constituée d'opérations de la cataracte et, dans une moindre mesure, d'interventions sur l'orbite et la rétine. Les séjours de pneumologie sont davantage dispersés. Les territoires de santé qui ont des temps d'accès supérieurs à la moyenne sont les mêmes, quelle que soit la spécialité regardée. Ces différences de temps d'accès entre spécialités et territoires sont avant tout liées à la répartition des équipements. L'ophtalmologie se caractérise par une activité beaucoup plus importante des cliniques privées, plus concentrées dans les grandes villes si on la compare à la pneumologie. Il y a donc moins de communes équipées d'un service d'ophtalmologie que de communes équipées d'un service de pneumologie. Le temps de trajet nécessaire aux patients pour se rendre de leur domicile à un établissement est plus important par conséquent pour un séjour d'ophtalmologie que pour un séjour de pneumologie : vingt-quatre minutes contre dix-neuf minutes. Là encore, la disponibilité des services et le temps d'attente ne sont pas pris en compte ; il s'agit bien d'un indicateur d'accès géographique. Les communes pôles d'ophtalmologie sont moins nombreuses, mais ont des aires de rayonnement plus étendues que les communes pôles de pneumologie, comme illustré sur deux régions : l'Auvergne et le Limousin (carte 1).

CARTE 1

Aires de rayonnement des communes équipées en Auvergne et Limousin pour l'ophtalmologie (carte de gauche) et la pneumologie (carte de droite)



Sources • DREES-Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), ATIH-PMSI, 2010 ; distancier Odomatrix, INRA.

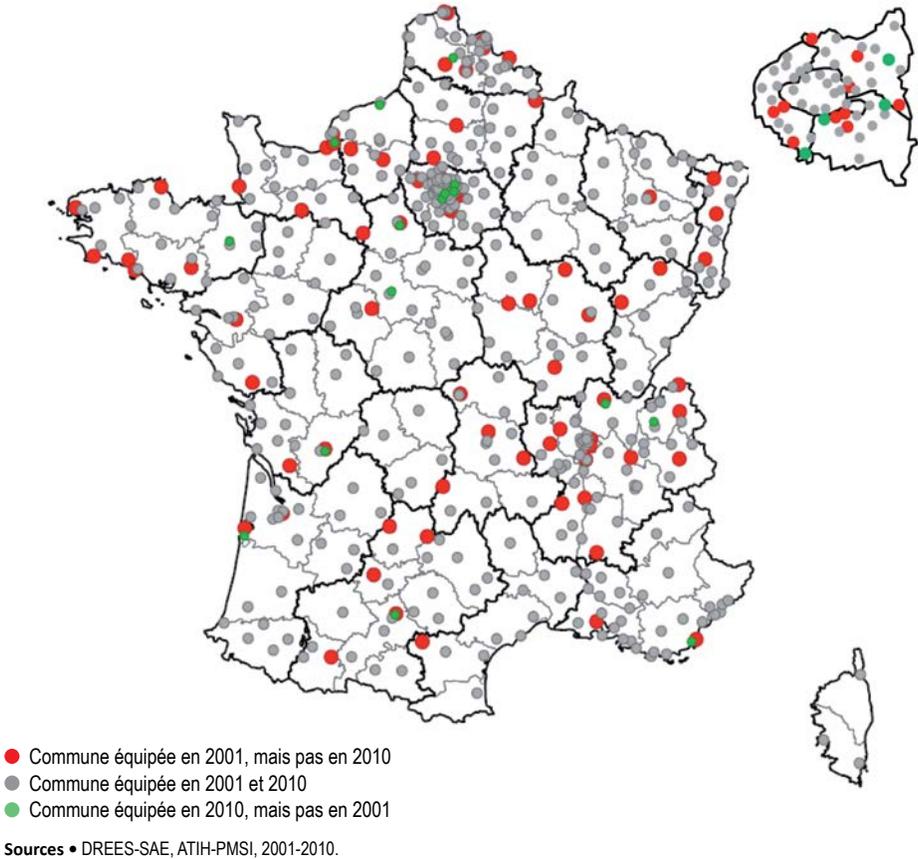
En ophtalmologie, le territoire est largement couvert par les deux préfectures de région. En revanche, ces préfectures régionales couvrent une surface nettement plus petite en pneumologie. Les temps de trajet effectifs sont logiquement plus élevés que les temps théoriques : les patients ne se rendent pas forcément à l'établissement le plus proche en raison de phénomènes de files d'attente, de spécialisations, d'effet de réputation, etc.

Passons maintenant à une approche par patientèle. Nous avons mobilisé les outils développés dans le kit pour comparer l'accès aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus à l'accès aux soins des autres adultes (19-69 ans) pour les professionnels de premier recours et l'hôpital. S'agissant de l'hôpital, 18 spécialités ont été retenues. Elles correspondent à près de 10 millions de séjours hospitaliers, dont 3,7 millions concernent les personnes de 70 ans et plus. La part des personnes âgées dans l'ensemble des séjours varie selon la spécialité : de 8 % en oto-rhino-laryngologie à 66 % en ophtalmologie. Cinq spécialités (l'ophtalmologie, la cardiologie, la chirurgie orthopédique, l'hépatogastro-entérologie et la pneumologie) concentrent à elles seules près de 60 % de l'ensemble des séjours des personnes âgées de 70 ans et plus. Le taux de recours augmente avec l'âge et les 70 ans et plus recourent davantage aux soins que les autres adultes. Sur le champ des spécialités étudiées, le taux de recours des 19-69 ans est de 148 séjours pour 1 000 habitants alors que celui des 70 ans et plus est de 452 séjours pour 1 000 habitants, soit un rapport de 1 à 3. Les temps d'accès théoriques aux soins sont eux aussi variables selon la spécialité et ils sont légèrement plus élevés pour les personnes âgées que pour les autres adultes. Cela s'explique par la légère surreprésentation des personnes âgées dans les communes rurales, pour lesquelles l'accessibilité est plus faible. À l'inverse, les temps effectifs des 70 ans et plus sont inférieurs à ceux des autres adultes, ce qui s'explique par une propension plus forte à se rendre à l'établissement le plus proche. La moindre autonomie des personnes âgées, surtout si elles ne sont pas véhiculées, rend en effet leurs déplacements beaucoup plus coûteux. Cette propension à se faire soigner au plus proche est encore plus marquée pour les plus âgés, c'est-à-dire les personnes de 80 ans et plus. Si l'on prend en compte le type de commune de résidence, on constate que les temps d'accès sont plus élevés pour les habitants des communes rurales. Alors qu'un résident de commune urbaine met dix-sept minutes en médiane pour se rendre à l'hôpital, son homologue rurale met deux fois plus de temps. Ce ratio est identique pour les 19-69 ans et s'explique par l'accessibilité aux soins beaucoup plus faible pour les habitants des communes rurales. Ceux-ci résident en effet en moyenne à vingt-cinq minutes de l'établissement le plus proche contre seulement neuf minutes pour les habitants des communes urbaines. Pour autant, cette plus faible accessibilité n'empêche pas les ruraux de se rendre à l'hôpital, puisque toutes pathologies confondues, on constate que le taux de recours semble peu varier en fonction du type de commune de résidence. Le temps d'accès ne semble donc pas être un frein au recours, même s'il est, pour les personnes âgées, un critère important dans le choix de l'établissement.

Je termine par une dernière utilisation possible du kit : l'analyse de l'impact de la modification de l'offre sur l'accès géographique aux soins. L'application porte ici sur les restructurations des maternités. Près de 790 000 accouchements répartis dans 535 maternités ont eu lieu en France métropolitaine en 2010. C'est un chiffre en augmentation de 5 % par rapport à 2001. Dans le même temps, 1/5^e des maternités ont fermé, puisque l'on en comptait 679 en 2001. Ces fermetures découlent d'un mouvement amorcé dans les années 1970 dont le but est de sécuriser l'accouchement en fermant les maternités à faible activité jugées moins sûres. Les maternités sont donc moins nombreuses, mais *a priori* mieux équipées. La réduction du nombre de maternités et, parallèlement, du nombre de lits a été compensée par la baisse de la durée de séjour, qui est passée de 5,6 jours en 2001 à 5 jours en 2010, permettant ainsi de libérer des lits plus rapidement. En 2010, 424 communes ont vu leur unique maternité fermer et 16 communes sont nouvellement équipées. Ces fermetures et créations sont représentées sur la carte suivante (carte 2).

CARTE 2

Ouvertures et fermetures de maternités entre 2001 et 2010



Les points gris correspondent aux communes équipées aux deux dates d'étude, les points rouges aux communes équipées en 2001 qui ne l'étaient plus en 2010, et les points verts aux communes nouvellement équipées en 2010. Celles-ci sont souvent situées en périphérie de villes déjà équipées. Il s'agit dans certains cas plutôt d'un déménagement sur un nouveau site. On retrouve donc un point rouge et un point vert côte à côte. Les femmes qui, en 2001, ont accouché dans les 86 communes qui ne sont plus équipées en 2010, ne totalisaient que 7 % des accouchements. Malgré la réduction du nombre de maternités, le temps d'accès médian observé pour s'y rendre est resté stable entre 2001 et 2010, puisque la moitié des femmes met moins de 17 minutes pour aller accoucher. Les disparités entre communes se sont réduites, puisque celles qui avaient un temps d'accès élevé en 2001 ont vu ce temps diminuer. Cette stabilité globale des temps d'accès tient principalement à un recours plus fréquent que précédemment à la maternité la plus proche du domicile. On compte néanmoins encore 8 départements pour lesquels plus de la moitié des femmes accouche à une demi-heure ou plus de leur domicile, mais ils ne rassemblent que 1,7 % des femmes en âge de procréer et 1,5 % des accouchements. Il s'agit de départements plutôt ruraux et peu peuplés.

Offre et accès aux soins hospitaliers : une illustration pour la région Limousin

Pascal Prévôt

Responsable de la division études régionales (INSEE, direction régionale du Limousin)

Dès l'élaboration de l'outil, nous avons été associés à ces travaux. La publication de juin dernier¹ donne un zoom sur ce que l'on peut faire à partir de cet outil pour l'accès aux soins hospitaliers. Bien évidemment, nous n'abordons que quelques spécialités les plus représentatives.

L'objectif est à la fois de caractériser l'organisation spatiale du système hospitalier, mais aussi de voir que le patient a une influence dans l'accès aux soins. Le Limousin reste une région avec des zones rurales assez étendues. La problématique liée à l'éloignement prend donc ici toute son acuité. L'accessibilité est aussi un axe central du projet régional de santé. Nous avons souhaité avoir une première image de la santé en Limousin à travers l'offre globale de soins. Plus de 9 patients sur 10 de la région sont soignés sur place, ce qui est plutôt intéressant, et 30 000 séjours concernent des personnes extérieures à la région, ce qui représente 17 % du total des séjours et qui place le Limousin à la première place parmi les régions. C'est une reconnaissance des compétences du système hospitalier en Limousin, même si l'on n'ignore pas que la localisation des établissements joue un rôle dans le recours aux soins, parce que si les établissements sont proches des limites régionales, ils attirent des patients d'autres régions. Nous avons ensuite travaillé sur les aires de rayonnement des établissements de santé. Ce matin, on a parlé des territoires. Là, on a des territoires vécus. Ce sont des zonages créés à partir des séjours, donc des zonages réels d'accès aux soins. Nous allons voir comment s'organisent les soins sur le territoire à travers la localisation des établissements de santé et les comportements des patients qui sont dans les aires de rayonnement de ces établissements de santé. Une petite carte de France permet de resituer un peu le Limousin et de montrer comment fonctionne une aire de rayonnement. Le Limousin est près du centre de la France. Sont considérés uniquement les séjours en CHR. Les patients viennent aussi de l'extérieur de la région, surtout au nord, à l'ouest et au sud-ouest. En revanche, l'hôpital de Clermont-Ferrand grignote un peu sur l'est du Limousin. Des patients de l'est de la Creuse sont notamment attirés par Clermont-Ferrand. Ces aires des rayonnements suivent plus ou moins les limites administratives selon les régions (carte 3).

1. « L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance », *Focal INSEE Limousin* n° 83, juin 2012.

CARTE 3

Aires de rayonnement des centres hospitaliers régionaux



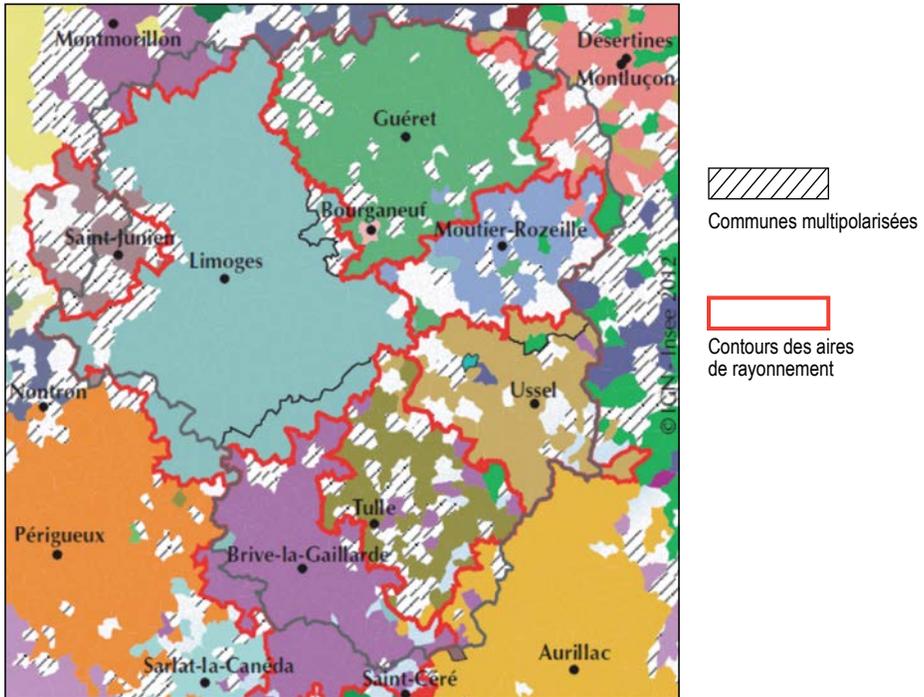
Lecture • Chaque commune possède la couleur du CHR qui soigne le plus grand nombre de ses résidents.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, 2010 ; distancier Odomatrix, INRA.

Il est évidemment possible de faire des zooms sur la région. Nous avons d'abord choisi comme spécialité la chirurgie orthopédique, parce que c'est une spécialité qui est présente dans les principaux établissements de santé de la région et qui est donc bien représentative de ce qui se passe réellement. Sur la carte ci-dessous, les points noirs représentent les communes qui ont un établissement de santé pratiquant la chirurgie orthopédique et une couleur est associée à une zone de rayonnement. Nous avons également des zones hachurées, ce sont des communes où les patients ne vont pas majoritairement dans un seul établissement, mais dans au moins deux établissements de santé (carte 4).

CARTE 4

Aires de rayonnement pour la chirurgie orthopédique



Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, 2010 ; distancier Odomatrix, INRA.

L'aire de rayonnement de Limoges est très étendue, d'autres sont plus restreintes, d'autres encore fortement hachurées. On peut donc étudier le profil de ces aires de rayonnement. Ce profil croise une optique offre et une optique demande. On mesure à la fois la capacité à répondre à la demande locale de la part des établissements de santé, et là où vont les patients de la zone, c'est-à-dire les phénomènes d'attractivité. Selon ces deux axes offre et attractivité, il est donc possible de distinguer 4 groupes de territoires. Tout d'abord des territoires assez autonomes (aires de Limoges, de Brive et de Guéret) ; ils ont peu de « fuites » de patients à l'extérieur et inversement, ils captent peu de demandes extérieures. Ce sont des zones assez stables et autonomes. Évidemment, la taille compte aussi. Nous avons ensuite des territoires qui ne recouvrent pas totalement les besoins locaux et qui sont peu attractifs. Il s'agit par exemple des aires de Tulle, de Moutier-Rozeille. Un certain nombre de communes sont hachurées, ce qui signifie que les patients ne vont pas systématiquement dans l'établissement de santé le plus proche. Pour ces établissements-là, il existe un potentiel de développement pour attirer les patients qui ne sont pas si loin que cela de chez eux. Enfin, on peut également distinguer un troisième territoire (aire de Saint-Junien). Saint-Junien se trouve dans un territoire très ouvert à l'ouest de Limoges. La proximité de Limoges fait qu'il y a une concurrence très forte sur les communes alentour. Les patients vont donc soit à Saint-Junien, soit à Limoges. Il s'agit d'un territoire très ouvert avec une concurrence forte des établissements de santé de Limoges.

Si l'on considère une autre spécialité, la cancérologie, et que l'on reproduit le même travail, on obtient des aires de rayonnement bien plus grandes. On sait que la politique de santé néces-

site d'avoir une concentration des lieux de prise en charge. Cela se traduit donc dans les aires de rayonnement. En complément ont été mis en place des établissements associés pour certains actes traitant la cancérologie et notamment la chimiothérapie, afin que les patients ne soient pas contraints d'aller au pôle central pour subir un certain nombre de ces traitements.

Fabien Laleu

Chef du département stratégie (ARS Limousin)

Le Limousin est une région assez vaste avec une faible densité de population, ce qui fait que l'on recense un habitat souvent rural assez éparé et donc un éloignement physique naturel de la population quant à l'offre de soins et l'offre médicosociale. Cette population est parfois schizophrénique dans la mesure où elle souhaite, lorsqu'elle est en bonne santé, habiter loin d'une offre et être seule en pleine campagne en rénovant par exemple des vieilles maisons et lorsqu'elle est plus âgée, lorsqu'elle a des enfants, elle souhaite à ce moment-là que l'offre de santé soit au plus proche de chez elle. On constate cette ambivalence parfois contradictoire avec la planification dans le champ de la santé. Les constats sur lesquels je vais revenir ont largement été évoqués. Avec une population assez faible et une ruralité assez importante en Limousin, on constate un éloignement géographique de l'offre de soins assez important des lieux de résidence. Cet éloignement géographique fait que l'on aurait pu imaginer que la population aille au plus près en termes d'offre sanitaire, or, dans les faits, il s'avère qu'elle semble choisir le lieu et l'offre sanitaire la plus appropriée, la plus adaptée à sa demande. Le choix des patients n'est pas forcément celui de l'établissement de santé le plus proche. Sans parler véritablement de renoncement aux soins, on se rend compte que la population a choisi très souvent, en fonction des spécialités chirurgicales que nous avons choisi d'analyser avec l'INSEE, l'offre qui correspond à ses attentes. Soit véritablement en fonction des capacités de l'établissement à recevoir la patientèle, soit en fonction de la réputation de l'établissement, soit d'éventuelles spécialisations et puis vraisemblablement également en fonction de critères plus personnels.

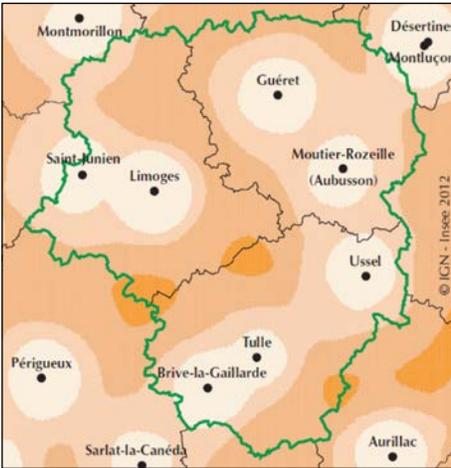
Le Limousin se situe à peu près au 20^e rang des régions en termes d'accessibilité, c'est-à-dire à la fin du classement, avec en moyenne, toutes spécialités confondues, une accessibilité à l'établissement le plus proche en vingt et une minutes. Les disparités infradépartementales sont importantes et l'Agence régionale de santé (ARS) essaie justement de les corriger.

Il est possible, à partir des outils disponibles, de comparer le temps moyen théorique et le temps d'accès réel constaté. L'exercice de comparaison a été réalisé pour trois chirurgies qui nous semblaient véritablement les plus adaptées, car on les rencontrait dans l'ensemble des structures sanitaires de la région : la chirurgie viscérale, l'urologie et l'orthopédie. Nous avons fait quelques zooms sur le viscéral. La carte de gauche (carte 5) montre le temps que devraient mettre les patients s'ils se rendaient à l'établissement le plus proche qui a une activité viscérale et la carte de droite montre le choix réel des patients. Il y a entre cinq et dix minutes de différence en moyenne entre le théorique et le réel. En théorie, 29 % des patients devraient accéder à une offre en termes de chirurgie viscérale dans leur commune (temps nul par convention), 10 %, en dehors de leur commune, mais à moins de quinze minutes et aucun à plus de soixante minutes. Quand on regarde les déplacements réels, on retrouve une population qui a choisi d'aller à plus d'une heure de chez elle pour accéder à une offre sanitaire, ce qui n'est pas inintéressant en termes de planification. Ce sont bien entendu des éléments que les établissements connaissaient déjà dans la mesure où, à travers leur PMSI, ils faisaient toutes les analyses de codes postaux des patients. Cependant, en termes de planification, il est assez intéressant d'avoir une vision assez synthétique fournie par l'INSEE et la DREES.

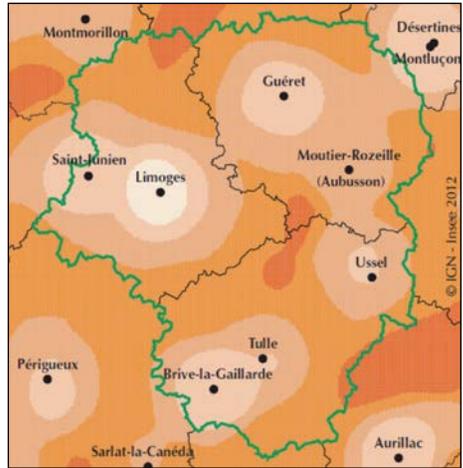
CARTE 5

Temps d'accès au plus proche versus réel : l'exemple de la chirurgie viscérale

Temps d'accès moyen théorique



Temps d'accès moyen réel



Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, 2010 ; distancier Odomatix, INRA.

Temps d'accès moyen à l'établissement de soins



- Communes ayant accueilli plus de 50 séjours d'hospitalisation en chirurgie viscérale en 2010.

Nous avons également réalisé avec l'INSEE des analyses par classe d'âge pour voir si justement les populations âgées mettaient plus de temps que le reste de la population pour accéder à des équipements sanitaires. Nous n'avons pas noté de différence sensible entre la population des moins de 20 ans et celle des plus de 70 ans. Nous voulions en outre distinguer les populations âgées qui disposaient d'un véhicule, de celles qui n'en disposaient pas et nous voulions faire le lien avec le Conseil général et notamment les transports en commun et l'accessibilité en bus, etc. Ce sont des analyses que nous n'avons pas réussi à mener pour le moment, mais qui sont prometteuses, parce que l'INSEE dispose de nombreuses données, notamment le nombre de foyers âgés qui disposent d'un véhicule. Ce type d'analyses, si nous arrivions à les faire dans les prochaines années, nous permettrait justement de corrélérer le problème d'accessibilité à la problématique du transport.

Évidemment, il y a des différences en fonction des spécialités : 90 % des séjours de maternité ont lieu à moins d'une heure du domicile, cette part est de 80 % pour la cancérologie.

En résumé, je voulais quand même insister rapidement sur le partenariat avec l'INSEE. Cela a été pour nous au début assez laborieux, parce que nous n'avions pas le même langage, nous ne parlions pas du tout des mêmes éléments, mais cela a été extrêmement enrichissant avec des équipes INSEE en Limousin qui sont véritablement brillantes et qui nous ont fait des analyses très intéressantes.

Il faut toutefois rester raisonnable sur les exploitations à réaliser et se focaliser sur les spécialités les plus opportunes, car, outre les problèmes de disponibilité des moyens humains, la réalisation des exploitations par l'INSEE peut finir par représenter une certaine somme pour l'ARS si les temps-hommes ne sont pas également répartis entre l'ARS et l'INSEE.

Par la suite, nous souhaitons corrélérer ces analyses aux études que nous menons en région sur le renoncement aux soins, dans la mesure où nous avons une grosse problématique en la matière en Limousin. Nous voulions également faire le lien avec une analyse sur la couverture maladie universelle (CMU) et savoir si les populations qui bénéficient de cette dernière avaient des problèmes d'accès aux soins particuliers et si l'on notait des disparités importantes. Ces analyses complémentaires ne sont pas prévues dans les outils mis à disposition et nécessitent donc des partenariats spécifiques avec l'INSEE.

Sur les quatre modules développés dans le kit d'outils et d'analyse de l'accès aux soins, il y a des éléments qui ne sont pas révolutionnaires. Du temps des ARH, on utilisait en effet l'outil PARHTAGE qui faisait des cartographies et qui nous montrait les zones d'attractivité (fuites, attractivité sur les bassins hospitaliers). Cependant, certaines parties sont novatrices, des analyses beaucoup plus fines peuvent être réalisées par l'INSEE ainsi que des représentations graphiques et cartographiques très illustratives.

Au final, c'est un partenariat très intéressant. J'encourage véritablement mes collègues des autres ARS à utiliser ces outils et le niveau national à mettre à disposition des ARS l'ensemble des données, pour qu'elles puissent les exploiter bien au-delà de ce qui est proposé.

Mobilisation des outils DREES-INSEE pour le pilotage national

Perrine Ramé-Mathieu

Cheffe du bureau Premier recours, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Le temps d'accès n'est pas le seul indicateur à prendre en compte pour l'accès aux soins. D'abord, ce temps est différent selon les spécialités ; ensuite, l'accès aux soins se mesure également avec la disponibilité médicale (délais de rendez-vous) et l'accessibilité financière. Le pilotage national va s'appuyer sur des éléments et des outils statistiques fournis par la DREES et extrêmement utiles et pertinents pour un certain nombre de choses. Néanmoins, il nous semble important de dire que ces éléments statistiques doivent systématiquement être complétés d'une analyse qualitative, qui doit être menée en région sur les territoires par les ARS, en concertation avec les professionnels de santé, les élus locaux et grâce à la connaissance et à l'expertise des ARS sur leur territoire.

Un premier élément d'illustration sur le pilotage national concerne l'accès aux soins urgents. Le président de la République a fixé un objectif d'accès aux soins urgents pour la population en moins de trente minutes. On parle bien ici de soins urgents, c'est-à-dire de soins pour lesquels le temps et le délai de prise en charge vont avoir un impact sur le diagnostic et les conséquences vitales ou fonctionnelles pour le patient. Ce n'est donc pas le même sujet que pour des demandes de soins non programmés, qui nécessitent une réponse rapide, mais pas forcément urgente.

Afin d'apporter des réponses à cet engagement présidentiel, il a été demandé aux ARS de faire un diagnostic des territoires et des populations concernés. Pour cela, en lien avec la DREES, nous avons proposé un outil de calcul de temps d'accès, qui a permis de fournir aux ARS une base statistique assez complète, commune par commune, qui calcule le temps d'accès à la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou aux services d'urgences hospitalières les plus proches. Ce fichier a été mis à disposition des ARS qui ont pu faire un état des lieux et un diagnostic beaucoup plus complet. Il est intéressant de noter qu'à partir de ces éléments, près de la moitié des ARS ont pu ajuster les temps qui étaient proposés sur la base statistique, notamment en augmentant les temps d'accès pour tenir compte des zones montagneuses et des communes très étendues. Comme l'outil situe les populations au centre des communes, quand une commune dispose d'un service d'urgences ou d'un SMUR, le temps d'accès à celui-ci est considéré à zéro, alors qu'en réalité, si la commune est très grande, cela peut poser des difficultés d'accès. C'est le cas notamment dans les zones montagneuses. Un certain nombre de régions ont donc affiné les diagnostics pour augmenter les temps d'accès territoire par territoire. À l'inverse, d'autres régions ont pu estimer que le temps d'accès pouvait être limité, compte tenu de la fluidité du réseau routier et des facilités d'accès dans certaines zones.

Le bilan national fait apparaître que 97,2 % de la population est à moins de trente minutes des soins urgents, soit le même chiffre que celui fourni dans la base statistique. Mais ce chiffre national n'a pas de sens s'il n'est pas appréhendé au niveau fin de chacun des territoires.

La deuxième phase de ce travail consistera à engager une concertation au niveau national sur les solutions à mettre en place pour apporter une réponse médicale et sur la façon dont elles seront mises en œuvre par les ARS dans les régions.

Cécile Behaghel

Cheffe du bureau Évaluation, modèles et méthodes, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Nous menons actuellement une étude sur les activités isolées. La question qui se pose dans le cadre de cette étude est celle de l'adéquation du modèle de financement actuel pour des établissements isolés, qui sont nécessaires pour assurer un maillage territorial et l'accès aux soins de la population. Potentiellement, ces établissements ne peuvent atteindre un niveau d'activité suffisant pour assurer leur pérennité économique, pour ceux d'entre eux qui sont sous un modèle de financement à la T2A. Cela concerne deux types d'établissements : ceux qui sont déjà sous T2A et pour lesquels se pose la question d'un ajustement du modèle T2A et les ex-hôpitaux locaux, qui sont aujourd'hui toujours financés par dotation globale. Le projet de loi de finances de la Sécurité sociale propose d'ailleurs une mesure de report du passage à la T2A pour ces établissements. Un des objectifs de l'étude est d'interroger la pertinence d'un passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux. Dans cette étude, nous ne cherchons pas à identifier les zones pour lesquelles l'accès de la population en moins d'un temps X n'est pas disponible, mais à assurer la pérennité économique d'établissements actuellement en zone isolée. Pour ce faire, la DREES a mis à notre disposition les distances entre établissements pour le MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) globalisé et pour chacune des activités. Il faudra éventuellement descendre un peu plus fin, *a minima* dans l'analyse de l'activité réalisée par ces établissements. Nous disposons également de ces distances sur les services des urgences où le même type de questions peut se poser. Tous les types d'établissements sont concernés (publics, privés, lucratifs ou non). À ce stade, nous avons pu identifier environ 100 établissements qui se situent à plus de trente minutes de l'établissement de santé MCO le plus proche, dont 28 ex-hôpitaux locaux. Le critère présente des limites, dans le sens où ce n'est pas parce que vous avez un établissement à moins de trente minutes alentour que cet établissement dispose d'une offre suffisante pour assurer l'accès aux soins de la population. Nous avons donc identifié, dans un second temps, 200 établissements dont l'offre MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) en deçà de trente minutes était faible (moins de 5 500 séjours), dont 64 ex-hôpitaux locaux.

Comme cela a été dit à de nombreuses reprises, la distance n'est pas un critère suffisant pour aller jusqu'au bout de l'étude. Entre notamment en jeu la situation financière des établissements concernés. Ces établissements semblent, à ce stade de l'étude, dans une situation financière relativement moins bonne que la moyenne des établissements MCO (hors ex-hôpitaux locaux, qui ne sont pas à la T2A), mais cela nécessite d'être affiné. Nous regardons également les critères de densité de population, d'âge des patients, de taille de l'établissement. Sur ces critères, nous constatons que, globalement, ces établissements sont relativement atypiques. Ils traitent des populations plus âgées. Ils se situent dans des zones qui sont plutôt sous-denses par rapport aux autres établissements de santé et ils sont de taille plutôt petite (deux fois moindre que la moyenne nationale). Enfin, nous analyserons la qualité des soins, au travers des résultats de la certification et des indicateurs qualité sur ces établissements de santé.

En termes de suite des travaux, nous affinons actuellement l'analyse au niveau de chaque activité de soins : chirurgie, obstétrique et médecine. Dans un second temps, il sera nécessaire d'échanger avec les ARS pour valider ou amender la méthode, l'ajuster ne serait-ce que pour savoir si nous identifions les bons établissements au niveau du maillage territorial et pour faire le lien avec les organisations territoriales en place dans les zones concernées, qui

sont structurées ou que les ARS envisagent de structurer, via les coopérations, les transports sanitaires, la télémédecine ou des actions sur l'attractivité des professionnels.

Un dernier focus sur l'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée), qui concerne plutôt les soins de proximité. Cet outil est déjà à disposition des ARS et des réflexions sont engagées sur l'organisation des soins de proximité, avec une préoccupation particulière sur les territoires en difficultés en termes d'accès aux soins. L'indicateur APL nous semble être un outil complémentaire aux outils déjà utilisés, pour identifier les territoires les plus en difficulté et ajuster le type de réponses. Jusqu'ici, les ARS avaient utilisé un certain nombre d'outils et des indicateurs qui reposaient essentiellement sur la densité de médecins et professionnels de santé. L'intérêt de cet indicateur complémentaire et relativement nouveau est que, dans la mesure où il prend en compte l'offre et la demande, il permet une approche beaucoup plus précise sur la disponibilité du temps médical et donc il apporte une approche complémentaire en ce qui concerne l'accès aux soins. Cet outil peut être mobilisé pour identifier des territoires fragiles. L'objectif est qu'il ne déstabilise pas les démarches déjà engagées dans le cadre des volets ambulatoires du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ou sur le zonage.

La territorialisation de l'offre de soins hospitalière : quelle méthode et quels outils pour l'ARS Île-de-France ?

Andrée Barreteau

Directrice de l'offre de soins et médico-sociale (ARS Île-de-France)

Une des questions à laquelle le projet régional de santé (PRS) tente de répondre est comment mettre en œuvre un maillage territorial permettant un égal accès à une offre de proximité et de recours.

L'accessibilité géographique ne peut être décrite qu'en examinant les délais de transport. Sur notre région, le Grand Paris va sensiblement transformer, dans les dix ans à venir, l'accessibilité aux plateaux techniques et aux soins. Et évidemment, en Île-de-France, l'offre de soins à tarif opposable est aussi un vrai sujet, avec un souci important en termes d'inégalités territoriales.

Au-delà de cela, il est une question que je ne résoudrai pas dans cette présentation : celle des délais. La Ministre va probablement demander aux ARS, dans les mois à venir, de travailler sur une réponse en moins de 24 heures en médecine générale et en moins d'une semaine pour les spécialistes. Il est clair qu'aujourd'hui, nous n'avons pas forcément les outils pour y répondre.

Ma présentation répond à la réflexion sur le devenir de l'hôpital. L'ARS Île-de-France s'interroge, en particulier, sur le devenir de nos structures d'urgence.

Doivent-elles continuer à répondre à l'urgence lourde ? Oui évidemment. Aux soins non programmés ? Il faut y réfléchir.

Les centres de santé doivent-ils répondre aux soins non programmés plus souvent, plus précisément dans certains territoires ? Peut-être. La question nous interroge sur un certain nombre d'établissements que nous voulons transformer. La concentration des plateaux techniques est aussi un sujet important pour nous, avec une segmentation sans doute de la chirurgie dans les années à venir, puisque certains opérateurs privés veulent segmenter et fortement concentrer l'offre chirurgicale.

Ces réflexions nous ont amenés à travailler sur des outils et une méthodologie. Nous sommes partis des outils dont disposaient les ex-ARH, en ajoutant ceux que le champ de l'ARS couvre aujourd'hui, à savoir l'ensemble des données ambulatoires, avec tout ce qui concerne le monde ambulatoire, les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, car il est important de savoir si le tissu existant dans les territoires va permettre aux hôpitaux de s'appuyer sur une offre de proximité. Sans doute nous faudrait-il compléter l'ensemble des données disponibles par les données médicosociales. Le système d'information médicosociale est aujourd'hui extrêmement défaillant. Nous avons donc réalisé des études qualitatives de diagnostic territorial. À partir de ces données, nous avons construit cinq outils qui concernent les territoires et trois qui concernent les établissements.

Les outils de territoire permettent de décrire les zones de recrutement, d'attractivité de chaque établissement, les parts de marché et les taux de recours. Enfin, nous avons construit un outil un peu original : « que se passerait-il si ? ». Cet outil permet de simuler une disparition d'un établissement ou d'une partie d'un établissement pour étudier ses effets sur les autres opérateurs du territoire.

Vous connaissez les cartes de recrutement (analyse à partir des codes postaux). Sur l'analyse de parts de marché, ce sont également des outils assez classiques que les ex-ARH utilisaient.

La carte de densité de recrutement permet de voir comment se fait un recrutement dans un hôpital sur une spécialité donnée et comment il y répond. Sur les taux de recours, nous avons par exemple présenté comment l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) est utilisée par l'ensemble des communes. Sur l'outil « que se passerait-il si ? », nous avons considéré un territoire où un établissement serait supprimé (Pontoise), ce qui nous a permis de voir, à partir de la consommation actuelle des patients, comment ceux-ci se réorienteraient, le cas échéant, sur les autres offreurs. Évidemment, nous le faisons aussi en fonction des capacités des établissements environnants.

En ce qui concerne les outils destinés aux établissements, nous avons d'abord le dimensionnement capacitaire pour vérifier si dans les revues, les dimensionnements capacitaires demandés pour un nouvel investissement nous semblent cohérents. Le deuxième outil est le macrodiagnostic, qui va permettre d'établir une fiche d'identité de l'établissement à partir de différentes sources de données. Un troisième outil, appelé « indicateur de fragilité », va être une analyse multifactorielle sur l'activité de l'établissement, son état prévisionnel des recettes et des dépenses, la question de la démographie médicale, l'investissement, la qualité et le territoire.

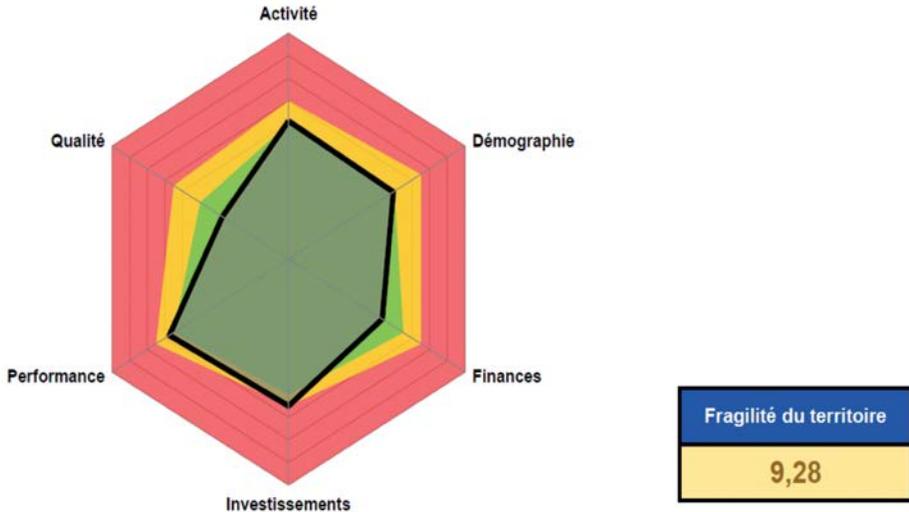
Le dimensionnement capacitaire permet de montrer par exemple qu'un établissement pourrait sans doute, dans les années à venir, diminuer sensiblement ses lits de médecine et de chirurgie, voire de soins aigus.

Cela permettra, dans les outils CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) à venir, de retravailler auprès des établissements pour sans doute en réorienter un certain nombre en termes de capacité et de dimensionnement. Cela va également permettre de travailler sur les demandes d'investissement. Le suivi des capacités au mois le mois permet par ailleurs de voir dans le temps comment le dimensionnement capacitaire se fait. On s'aperçoit notamment que les médecins et les patients font évoluer la façon dont la capacité doit fonctionner, dans le temps, et dans le territoire. Il est donc intéressant que la dimension temps dans les capacités soit bien travaillée, pour pouvoir se projeter dans les années à venir sur des capacités cibles.

Les indicateurs de fragilité sont un sujet extrêmement important pour réorienter nos établissements hospitaliers autour d'un diagnostic qui va relier la question de l'activité, la façon dont celle-ci se met en place dans un établissement et sa démographie. Sur la qualité, on reprend toutes les données de la Haute Autorité de santé (HAS). Sur la performance, nous travaillons beaucoup sur la façon dont les chirurgiens travaillent par salle de bloc opératoire. Cela donne aussi une idée de la performance de l'établissement et on relie les indicateurs de performance avec les indicateurs financiers. Sur l'investissement enfin, nous travaillons sur le haut de bilan et sur les taux de couverture de la capacité d'autofinancement (CAF), pour savoir si l'établissement tiendra, à terme, son territoire en fonction de la capacité qu'il aura ou non de réinvestir. Cet indicateur est extrêmement intéressant pour visionner la complexité d'un établissement. On le relie à l'indicateur de fragilité du territoire, en faisant un lien entre l'établissement et le territoire, pour voir si le territoire peut se dispenser de ces établissements (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

Indicateur de fragilité



Note de lecture • L'appréciation de la fragilité d'un établissement passe par 6 facteurs endogènes : l'activité, la démographie médicale, la situation financière, la capacité à investir, la performance, la qualité. Elle est complétée par un élément exogène qui vise à mesurer l'importance de l'établissement dans sa zone de recrutement.

Sources • ATIH-PMSI, comptes financiers, HospiDiag, SigMED, retraitement comptable, DREES-SAE, traitements ARS IDF.

Ces huit outils vont permettre à l'ARS Île-de-France d'avoir une démarche de diagnostic territorial, qui va permettre d'identifier, à partir des indicateurs de fragilité, les établissements qui lui semblent en difficulté. Nous avons commencé à travailler cela depuis un an, ce qui nous amène à penser que, dans la région, sur 80 établissements publics, une vingtaine sera plutôt en situation de fragilité (sur le volet des blocs opératoires notamment). Nous serons amenés à présenter des diagnostics à la Fédération hospitalière de France pour commencer à préparer la transformation de notre système, en objectivant le débat et la démarche. Nous présenterons également cela aux élus, avec des matrices forces et faiblesses. Nous avons commencé cet exercice avec un établissement de proximité situé dans le 77, dont le bloc opératoire oscillait entre 2 000 et 3 000 séjours. Nous avons travaillé avec les élus sur la transformation possible de cet établissement et sur la façon dont il pourrait sans doute transformer son offre de plateau technique en offre publique de proximité, de premier et de deuxième recours, avec un lien fort avec les médecins généralistes et spécialistes du territoire. Ce travail est en cours et il va nous servir sur la vingtaine d'autres établissements sur lesquels nous allons devoir travailler.

Session 3

L'ACCÈS AUX SOINS DE VILLE

Ouverture

Dominique Polton

Directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Nous abordons à présent l'accessibilité aux soins de ville. Fanny Mikol nous présentera les outils développés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sur l'accessibilité aux soins de ville, qui fournissent un diagnostic très utile de comparaison homogène entre les territoires. Pascale Echard-Bezault nous présentera une illustration des travaux que mène la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité (DATAR) et qui confrontent des données d'accès aux soins de ville et des typologies de territoires fondées sur leurs caractéristiques économiques, géographiques, leur réseau routier, leur dynamique démographique, etc. Elle montrera comment des politiques d'aménagement du territoire, qui sont spécifiques à chaque typologie, peuvent aussi répondre aux logiques de l'accès aux soins.

La capacité de traitement nous permet de faire des analyses de plus en plus fines et je pense que Xavier Vitry nous montrera, avec des échelles extrêmement fines, un certain nombre de choses que l'on peut voir dans les territoires. Tout cela participe à une meilleure connaissance, à une sophistication de l'outil d'analyse et, bien sûr, à ce qui reste un peu devant nous, c'est-à-dire à la manière dont on utilise ces outils pour conclure en termes de diagnostic, pour essayer d'avoir des pistes d'action, pour rechercher les leviers et se demander s'ils sont aussi géographiques.

De ce point de vue-là, je me pose deux ou trois questions auxquelles les intervenants pourront peut-être répondre. La première : est-ce que l'on arrive à un diagnostic partagé sur cette fameuse question des déserts médicaux, ces territoires dont certains pensent qu'ils sont en train de se développer énormément, dans une vision assez alarmiste sur le fait qu'ils couvrent ou couvriront bientôt de larges portions de notre territoire ? Il y a en effet un certain décalage avec ce que des analyses sur les données cartographiques permettent de penser de la localisation relativement restreinte de ces déserts. Est-ce que les nouveaux outils peuvent nous permettre de clarifier cette question pour arriver à un diagnostic partagé ? Cela ne paraît pas tout à fait être le cas, car, d'une part, on entend par exemple un certain nombre d'élus qui estiment qu'aujourd'hui il y a des problèmes d'accessibilité clairs, d'autre part, parce qu'on a l'impression que ces problèmes d'accès sont assez limités en termes de population.

Nous pouvons également nous poser une deuxième question : est-ce que ces analyses permettent de faire la part de deux problématiques un peu différentes, à savoir les questions d'inégalités de répartition, d'une part, et les questions d'accès, d'autre part ? Parce qu'on peut avoir une offre assez mal répartie, mais à laquelle chacun peut avoir accès, même si cela paraît contradictoire. Évidemment, c'est vrai jusqu'à un certain point, s'il n'y a personne en un endroit, nous avons à la fois une inégalité et une absence d'accès, mais dans notre système, il y a beaucoup d'endroits où les professionnels sont assez mal répartis, mais, finalement, la population a quand même assez largement accès à un professionnel (peut-être à moins de professionnels que dans certains autres endroits)... La question est importante je pense parce qu'elle n'appelle pas forcément les mêmes leviers de réponse.

Enfin, la troisième question que nous pouvons nous poser est celle-ci : quels sont les leviers de nature géographique ? En effet, dans les questions d'accès aux soins des territoires, il y a des choses qui se règlent peut-être par d'autres types de leviers qu'une action localisée. Il est aussi important, dans le passage de la connaissance à l'action, d'essayer de voir en quoi le levier peut être ou non géographique et de quel type il est. Là, nous aurons l'exemple donné par Hélène Charreire sur la problématique de la Protection maternelle et infantile (PMI) et des grossesses mal suivies : est-ce que l'analyse géographique débouche sur des leviers géographiques, c'est-à-dire sur la possibilité de planifier l'offre ou de proposer des services à des endroits où les gens sont moins bien servis aujourd'hui ?

Apport des outils DREES-INSEE pour l'analyse de l'accès aux soins de ville

Fanny Mikol

Cheffe du bureau Professions de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Je vais parler des outils pour l'analyse de l'accès aux soins de ville qui ont été mis en œuvre dans le cadre de l'investissement DREES-INSEE qui vous a été présenté ce matin. Ces outils sont également mobilisables par les acteurs locaux *via* un partenariat avec les directions régionales de l'INSEE.

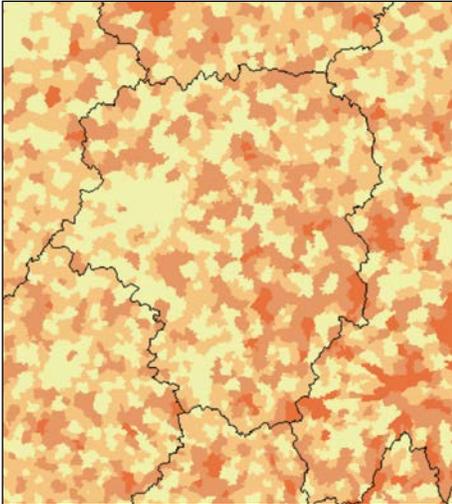
Sur les soins de ville, les champs concernés par ces indicateurs sont les dix professionnels libéraux de premier recours (paramédicaux, médecins généralistes et spécialistes en accès direct). Pour ces soins, nous utilisons essentiellement les données tous régimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) issues du Système national d'informations inter régimes d'assurance maladie (SNIIRAM). Je rappelle simplement les indicateurs disponibles pour l'accessibilité aux soins de ville : au niveau de chaque commune, on dispose de l'ensemble des temps d'accès théoriques et effectifs à chaque professionnel de santé libéral, avec des comparaisons intéressantes entre temps d'accès théorique et temps effectif. Au niveau des zonages, de tailles variables – ils peuvent aller de la commune jusqu'à la région – on dispose d'indicateurs de densité professionnelle et aussi d'indicateurs avancés tels que l'accessibilité potentielle localisée (APL), évoquée ce matin. Pour rappel, ces différentes distances d'accès sont calculées de chef-lieu de commune à chef-lieu de commune. Nous savons calculer des distances entre deux communes et, par convention, nous estimons que le temps est nul si le patient peut recourir à un professionnel de santé dans sa commune. Cela peut poser certaines limites, mais, en même temps, cela permet de faire des analyses très riches, puisque nous arrivons à calculer les distances entre chaque paire de communes. Les données nous permettent de distinguer ces indicateurs en fonction de différentes caractéristiques de la patientèle, mais aussi du professionnel, c'est-à-dire que nous pouvons par exemple repérer les recours des patients qui sont en couverture maladie universelle (CMU) ou encore repérer l'offre de soins des médecins qui sont en secteur 1 uniquement ou en secteur 1 et en secteur 2. Cela nous permet de combiner par exemple les problématiques d'accès géographique et d'accessibilité financière.

Nous avons pris l'exemple de la région Limousin qui était une des régions partenaires de l'investissement. Sur la carte de gauche (carte 1), vous avez les temps d'accès aux plus proches médecins généralistes par commune et, sur la carte de droite, les temps d'accès réellement observés sur une année, avec une échelle commune. Les temps sont plus élevés sur la carte de droite, ce qui signifie que les personnes ne recourent pas forcément au médecin généraliste le plus proche.

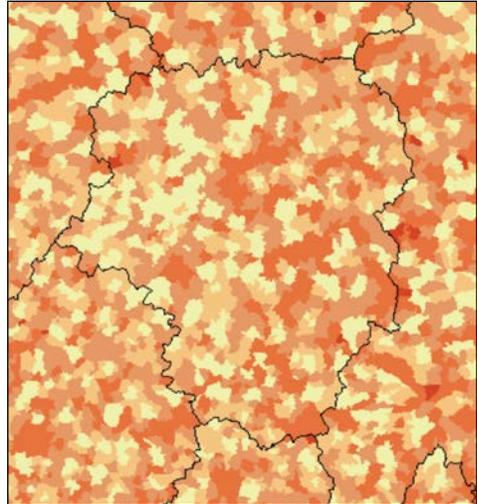
CARTE 1

Comparaison des temps d'accès « théoriques » et « effectifs », l'exemple de la région Limousin

Temps « le plus court »



Temps « effectif »



Temps en minutes



Champ • France, 2010.

Sources • SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population, INSEE, 2008 ; distancier Odomatrix, Institut national pour la recherche agronomique (INRA).

Ce constat est généralisable au niveau de la France entière pour les médecins généralistes, mais aussi pour d'autres professionnels de santé qui sont présents dans le kit. Voici un tableau issu d'une publication commune avec l'INSEE sur les distances d'accès aux soins (tableau 1) qui confirme que les patients ne consultent pas forcément au plus proche. Seulement deux tiers des consultations aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes se font dans la commune équipée la plus proche, mais, pour les ophtalmologues et les gynécologues par exemple, cette part est tout juste la moitié des consultations. Ce qui est intéressant, c'est que nous pouvons décliner cela par type de commune : lorsque la commune du patient est déjà équipée du professionnel de santé considéré, les personnes ont tendance à y recourir davantage dans leur commune. Deux tiers des consultations ont lieu dans la commune de résidence quel que soit le professionnel considéré lorsque ce professionnel est disponible. En revanche, quand la commune de résidence ne contient pas le professionnel recherché, les gens ne vont que minoritairement recourir à la commune équipée la plus proche. Cela veut dire que, quitte à prendre un véhicule, ils vont plus loin que ce que nous pourrions prédire au vu des temps d'accès au plus proche. Donc, forcément, beaucoup de facteurs peuvent intervenir dans ce choix, que ce soit la saturation des professionnels à proximité, un effet de réputation ou par exemple la proximité avec le lieu de travail... Nos indicateurs permettent de dresser un constat, mais après, il faut des constats locaux plus affinés, des données qualitatives pour permettre de comprendre un peu mieux les déterminants.

TABLEAU 1

Part des consultations dans la commune équipée la plus proche

En %

	Médecins généralistes (hors MEP***)	Masseurs kinésithérapeutes	Ophtalmologues	Gynécologues
Ensemble des patients	63	60	51	48
Patients résidant dans une commune non équipée	37	33	37	36
Patients résidant dans une commune équipée	68	66	65	60
Patients résidant dans une commune à accessibilité faible*	35	33	35	37
Patients résidant dans une commune à accessibilité élevée**	72	75	67	75

*APL deux fois inférieure à la moyenne nationale.

**APL deux fois supérieure à la moyenne nationale.

***MEP : médecins à exercice particulier (acupuncture, homéopathie, angiologie, etc.).

Lecture • 63 % des consultations de généralistes sont effectuées au plus proche que le patient réside dans une commune équipée ou non ; 37 % des consultations de généralistes sont effectuées au plus proche quand le patient réside dans une commune non équipée.**Champ** • consultations à moins de deux heures de la commune de résidence des patients ; France, 2010.**Sources** • Tiré de Barlet, Collin, Bigard et Lévy, 2012, SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population, INSEE 2008 ; distancier Odomatix, INRA.

Cet effet de saturation me fournit une bonne transition pour passer aux indicateurs sur l'adéquation entre offre et demande et pour faire un zoom sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui est un indicateur de densité amélioré disponible dans ces outils et qui a été mis en œuvre avec l'IRDES. Il s'agit d'un indicateur de densité qui vise à améliorer les indicateurs d'accessibilité spatiale. On utilise usuellement deux types d'indicateurs : des indicateurs de distances d'accès, qui permettent de s'affranchir des frontières, mais qui présentent l'inconvénient de ne tenir compte ni de l'offre de soins, ni de la demande potentielle qui s'adresse à l'offre, et les indicateurs usuels de densité comme la densité par département, par bassin de vie... qui donnent une vision de l'offre de soins disponible compte tenu de la demande, mais qui présentent l'inconvénient de ne pas tenir compte de l'interaction avec les mailles voisines et qui donnent une image uniforme de l'offre de soins pour toutes les communes qui figurent dans la même maille.

Pour pallier ces difficultés, nous avons mis en œuvre cet indicateur APL qui est un indicateur local calculé au niveau de chaque commune. Il tient compte à la fois de l'offre et de la demande des communes environnantes, au travers de « secteurs flottants » que l'on dessine autour de chaque commune, qui représentent chacun une zone dont le rayon est fixe, centrée sur la mairie de la commune, délimitant à la fois la zone de recours des patients de la commune et la zone de patientèle des médecins de la commune. Nous considérons ainsi que les habitants d'une commune peuvent accéder à l'ensemble des médecins dans leur zone de recours et, dans le même temps, que les médecins de cette même commune répondent potentiellement à la demande de tous les habitants des communes situées dans leur zone de patientèle.

Ensuite, par rapport aux indicateurs usuels de densité, l'APL améliore la prise en compte de l'activité et des besoins. Typiquement, pour l'activité, au lieu de tenir compte simplement des effectifs de professionnels, nous tenons compte de leur niveau d'activité, c'est-à-dire de leur nombre d'actes tels qu'on les observe dans les données de l'Assurance maladie (en « équivalents temps plein » – ETP). Côté demande, l'APL prend aussi en compte la variation des besoins selon l'âge, c'est-à-dire que l'on standardise la population par âge selon son recours aux soins en affectant un poids plus important aux populations les plus consommatrices de soins, notamment les personnes âgées. Par ailleurs, nous avons même affiné le phénomène de décroissance du recours aux soins avec la distance au sein des secteurs flottants. Nous ne considérons pas que le recours est uniforme, mais nous tenons compte du fait que, même au sein de la zone de recours, les patients ont davantage tendance à aller voir le médecin le plus proche. L'APL a déjà été documenté dans des publications¹, je vous invite donc à consulter cette riche documentation sur ces aspects méthodologiques.

Dans l'APL, ce qui est vraiment un des paramètres les plus importants et qui joue beaucoup sur la sensibilité de l'indicateur, c'est vraiment la distance de référence que l'on choisit pour définir un secteur flottant. Évidemment, le secteur flottant n'a pas la même taille selon le professionnel de santé étudié. Par exemple, pour les médecins généralistes, les infirmiers ou les kinésithérapeutes, nous fixons le rayon à 15 minutes par la route tandis que pour des spécialistes, qui sont plus rares sur le territoire, nous allons plutôt étendre le rayon autour de 45 minutes.

La représentation cartographique de l'accessibilité potentielle aux médecins généralistes en France, comparée à une carte de densité de médecins généralistes par bassins de vie (carte 2) est éloquent. Sachant que la moyenne des deux indicateurs est la même – 71 équivalents temps plein de médecins généralistes pour 100 000 habitants –, le fait que l'APL est visuellement beaucoup plus variable d'une commune à l'autre est frappant. La prise en compte de secteurs flottants de petite taille explique la plus grande partie de la différence entre les deux indicateurs. Le fait que nous puissions vraiment visualiser des disparités à un niveau fin comme la commune est intéressant, car nous mettons en évidence des résultats qui ne sont pas forcément intuitifs quand nous avons uniquement la densité par bassin de vie. Par exemple, un des principaux résultats que nous avons obtenus sur la France entière, c'est que finalement, ce ne sont pas forcément les communes rurales isolées qui sont dans la situation la plus défavorable en termes d'accessibilité, mais plutôt les communes rurales situées juste en périphérie des pôles. En général, ces communes étaient un peu noyées dans le bassin de vie quand nous faisons des analyses plus macros et là, nous avons pu mettre cette situation plus en évidence.

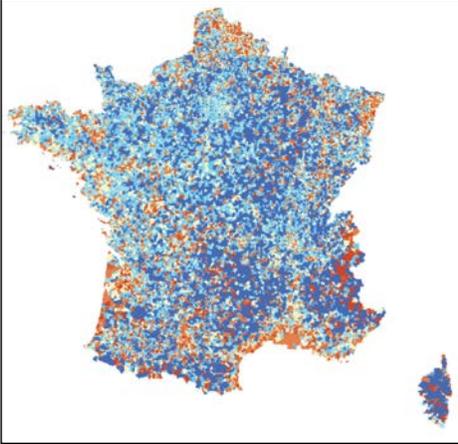
1. Barlet M., Coldefy M., Collin M., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accession potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 795, mars.

Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D., 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et Résultats*, DREES, n° 817, octobre.

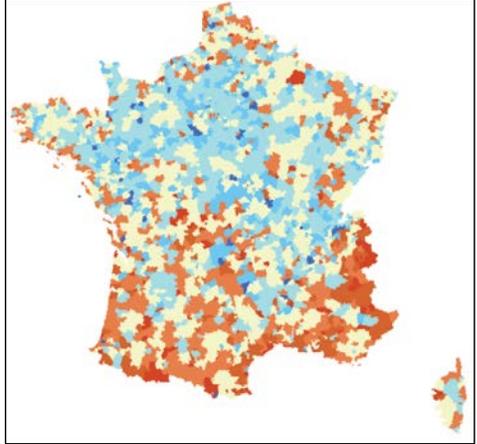
CARTE 2

Comparaison de l'APL avec la densité par bassin de vie pour les médecins généralistes

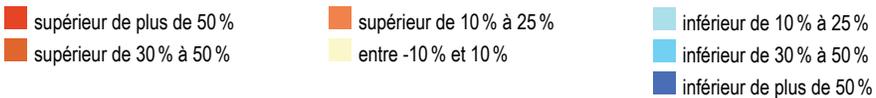
APL



Densité par bassin de vie



Par rapport à l'ETP moyen pour 100 000 habitants en France métropolitaine, par commune



Je vous présente maintenant un résultat qui montre l'apport de l'APL par rapport aux simples distances d'accès. Ainsi, lorsque nous reprenons le tableau que je vous ai présenté au début sur la part des recours réalisés dans la commune équipée la plus proche (tableau 1), pour les communes à faible accessibilité, nous voyons que les recours se font plus loin. Cela illustre bien que l'APL intègre cet effet de saturation de la demande. Le professionnel le plus proche est sans doute peu disponible quand l'accessibilité est faible compte tenu d'une demande de soins qui excède largement l'offre dans son rayon d'exercice. À ce moment-là, le patient est amené à consulter un professionnel plus éloigné. Inversement, quand l'APL est élevée, les recours à la commune équipée la plus proche sont beaucoup plus fréquents.

Pour terminer et faire le lien avec la présentation qu'a faite Christelle Minodier sur le recours aux soins hospitaliers, je voulais montrer que nous pouvons aussi avoir une approche par patientèle pour l'accès aux soins de ville, à travers l'exemple d'une étude parue dans les comptes de la santé en septembre sur l'accès géographique des personnes âgées de plus de 70 ans par rapport aux autres². En termes d'accessibilité géographique aux soins de premiers recours, tels que les médecins généralistes ou les masseurs-kinésithérapeutes, les personnes âgées de plus de 70 ans n'apparaissent pas moins bien loties que les autres adultes. Elles ont un temps théorique d'accès au plus proche équivalent à celui des plus jeunes et l'APL des communes dans lesquelles elles résident est assez équivalente à l'APL des communes où résident les adultes plus jeunes. En revanche, il est important de ne pas se contenter de ces indicateurs théoriques et d'aller regarder dans les temps d'accès effectifs car, là, le constat

2. Collin C., Evain F., Mikol F., Minodier C., 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes », in Comptes nationaux de la santé 2011, Document de travail, Série Statistiques, DREES, n° 172, septembre.

est un peu différent. Les personnes âgées recourent plus fréquemment que les plus jeunes au médecin généraliste le plus proche et donc parcourent de moins grandes distances pour aller voir un généraliste. Le constat est un peu différent pour les masseurs-kinésithérapeutes, puisque, en moyenne, les personnes âgées de plus de 70 ans vont un peu plus loin. Cela s'explique par certains temps relativement longs d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes, qui tirent la moyenne vers le haut pour les personnes âgées. Maintenant, nous pouvons émettre quelques hypothèses : il y a probablement dans ces recours des soins de rééducation prolongée dans des structures adaptées qui font que les recours sont éloignés de la résidence principale. Là encore, nous pouvons faire un jeu d'hypothèses, mais cela montre l'importance d'affiner ce constat à un niveau local par des études qualitatives et des constats d'experts, en Agence régionale de santé (ARS) notamment, pour aller un peu plus loin.

Pratiques spatiales et accès aux soins : une illustration par les centres de PMI de Seine-Saint-Denis

Hélène Charreire

Maître de conférences en géographie à l'Université Paris Est Créteil (UPEC), Lab-Urba, Institut d'urbanisme de Paris (IUP)

Je vais vous présenter rapidement deux travaux de recherche à deux échelles différentes sur les questions de santé périnatale. D'abord un premier travail de recherche qui a été mené il y a quelques années en Seine-Saint-Denis à l'échelle très locale, celle du quartier. Ce travail a été mené sur l'accès aux centres de PMI en collaboration avec le service PMI du Conseil général de la Seine-Saint-Denis. Le second travail est une étude pluridisciplinaire en cours, qui associe des géographes, des épidémiologistes et des médecins pour évaluer les relations entre distances d'accès à une maternité lors de l'accouchement et issue de la grossesse dans un contexte de fermeture des petites maternités. Cette seconde étude est réalisée en région Bourgogne donc, nous allons passer du contexte géographique de la Seine-Saint-Denis à celui de la Bourgogne un peu rapidement. Au-delà des résultats mis en évidence dans ces études, l'objectif est de vous présenter les outils qu'utilisent les géographes et surtout la démarche des géographes de la santé sur ces questions centrales de notre discipline qui sont celles de l'accès aux soins.

Malgré l'offre de soins qui existe sur le territoire, les nombreux plans de santé périnatale qui ont été menés, les professionnels de santé observent toujours des grossesses peu ou pas suivies en France. Or, pour ces grossesses, le risque de prématurité et de faible poids est plus important, et ces deux facteurs sont associés à une augmentation du risque de handicap, de mortalité ou de déficience à long terme. En France, sur la période qui nous intéresse (années 2000), environ 5 % des femmes avaient des grossesses peu ou pas suivies, c'est-à-dire qui ont été déclarées au-delà du premier trimestre de la grossesse ou avec un nombre de consultations inférieur aux recommandations. En Seine-Saint-Denis, malgré les nombreuses actions menées sur les territoires, encore 8 % de femmes avaient des grossesses peu ou pas suivies. Face à ces constats, nous nous sommes interrogés sur l'accès aux soins durant la grossesse et, notamment, l'accès aux soins des centres de PMI pour ces femmes. Dans un premier temps, nous avons identifié les freins, les limites à l'accès aux soins – pas forcément uniquement en termes de distance – pour mieux évaluer les pratiques spatiales, les mobilités des populations et, plus spécifiquement, les mobilités des femmes. L'enjeu de santé publique est ici de limiter les inégalités d'accès aux soins et de fournir à l'ensemble de ces femmes une accessibilité à des soins de qualité en tous points du territoire.

Quelles données ? Quelles méthodes ? Pour quels territoires ? À quelle échelle ? Dans ce travail, la recherche est menée en milieu urbain et à une échelle très fine. L'approche a consisté à confronter dans leur dimension spatiale trois séries de données : 1) des indicateurs sur la santé (de l'enfant, sur le suivi de la grossesse), 2) des informations concernant le système de soins et 3) les caractéristiques de l'environnement socioéconomique de résidence, c'est-à-dire où ces femmes résident et dans quel type de quartier en termes de niveau socioéconomique. L'étude a été réalisée en combinant les méthodes quantitatives et qualitatives : analyses statistiques, analyses spatiales, entretiens et enquêtes.

En termes de données, nous avons utilisé les données issues des certificats de santé du 8^e jour pour les années 1999, 2000, 2001, ce qui représentait un peu plus de 70 000 naissances sur

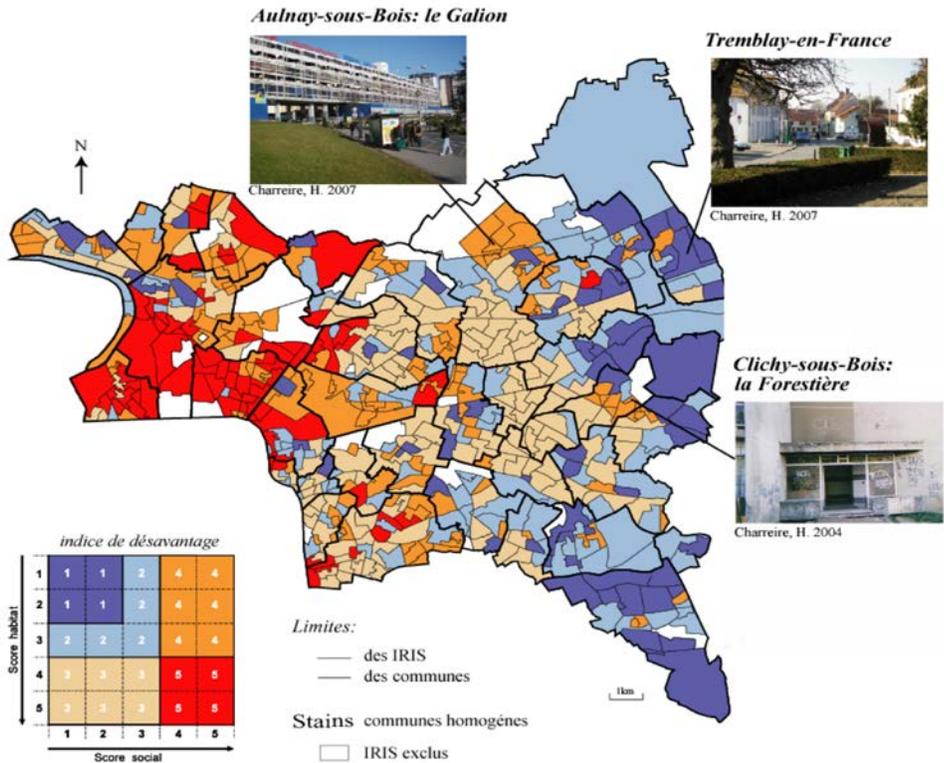
l'ensemble du territoire de la Seine-Saint-Denis. Dans ces certificats, des indicateurs concernant le suivi de la grossesse, l'état de santé et des caractéristiques socio-économiques des mères sont disponibles. À l'échelle du quartier de résidence, des informations concernant l'offre de soins ont été utilisées, ainsi que des caractéristiques socio-économiques qui vont permettre de regarder si, en fonction des différents niveaux socio-économiques des quartiers, on observe des disparités sociales et spatiales de suivi de la grossesse. L'ensemble de ces informations a été intégré dans un système d'information géographique (SIG) dans lequel les naissances (suivis de grossesse) et l'offre de soins qui concerne ces femmes ont été géolocalisées ainsi que les réseaux de transport, élément essentiel à la compréhension de l'accès aux soins, et les niveaux socio-économiques à l'échelle du quartier (IRIS), qui est l'échelle la plus fine dont nous disposons pour traiter des données du recensement de la population.

Nous avons élaboré un outil d'identification des caractéristiques socio-économiques à l'échelle des quartiers : un indice de désavantage qui traduit le cumul des facteurs de risque socio-économiques. Cet indice a été construit en retenant les caractéristiques socio-économiques identifiées comme étant des facteurs de risque dans la littérature internationale pour la santé périnatale – par exemple le fait d'être une famille monoparentale, le niveau d'étude de la mère, le fait de ne pas avoir de voiture, etc.

Cet outil a permis d'identifier des profils de quartier en fonction des types de précarité dans le département. À partir de la carte, les zones en rouge représentent les quartiers avec une forte précarité sociale dans de l'habitat plutôt ancien et, en orange, les quartiers avec une précarité sociale, mais dans de l'habitat plutôt récent, dans du logement collectif (carte 3). Pour cet enjeu méthodologique, des indices de désavantage, comme outil d'évaluation du contexte de vie à l'échelle du quartier, des programmes de recherche sont actuellement en cours en France, notamment au sein du programme de recherche (DELOS) coordonné par Stéphane Rican de l'université de Paris Ouest Nanterre-La Défense, qui est lui-même géographe de la santé. Ce projet est aussi mené en collaboration avec l'équipe des géographes de l'IRDES, Magalie Coldefy et Véronique Lucas-Gabrielli. L'objectif étant d'essayer de caractériser cet environnement de résidence par des indicateurs synthétiques pour évaluer ensuite d'éventuelles inégalités sociospatiales d'accès ou de santé.

CARTE 3

Indicateur de désavantage social en Seine- Saint-Denis



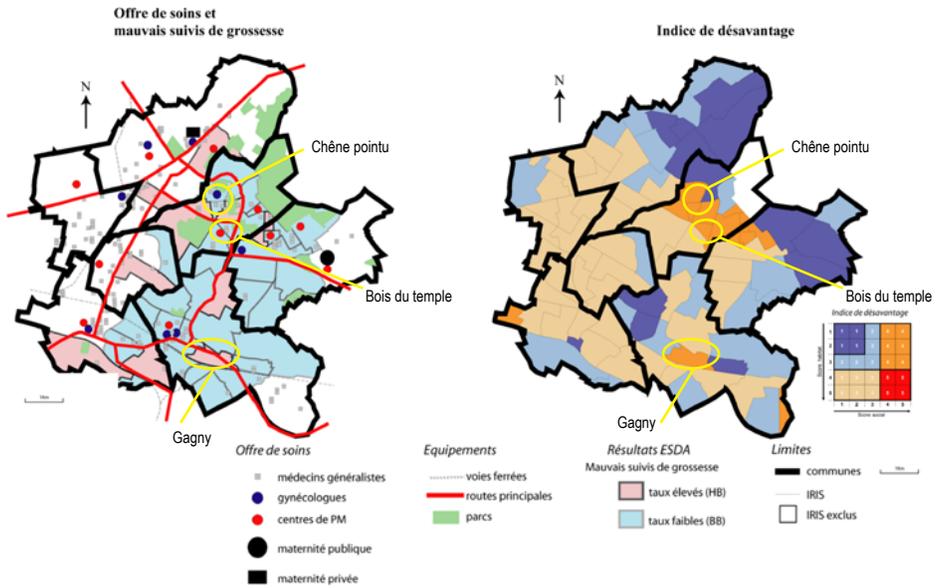
Sources • Recensement INSEE. Charreire H., Combiere E., 2009. «Poor prenatal care in an urban area: a geographic analysis ». *Health and Place* 15(2), p. 412-9.

Charreire H., Combiere E., 2006. Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire. *Espace populations et sociétés*, vol. 2-3, p. 313-327.

La carte présente un exemple de situation identifié dans la partie est de la Seine-Saint-Denis où, par exemple, dans les quartiers en rose saumon, vous avez des secteurs où sont identifiés des taux élevés de grossesse peu ou pas suivies. Les secteurs en bleu représentent les taux plus faibles. Le réseau routier est représenté par les principales routes ainsi que l'ensemble de l'offre de soins. Dans cette carte, à l'échelle des quartiers (carte 4), vous pouvez observer un quartier dans la ville de Clichy-sous-Bois (le quartier du Chêne pointu) avec des taux élevés. Dans ce quartier, en s'appuyant sur notre indice de désavantage, nous savons que nous avons une population avec des niveaux socioéconomiques faibles, des femmes qui n'ont principalement pas de voiture et qui ont recours à une offre de type PMI qui assure gratuitement et sans obligation de résidence le suivi de la grossesse et le suivi des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

CARTE 4

Offre de soins, suivi de grossesse et indice de désavantage social dans sept communes de la partie est du département de la Seine-Saint-Denis



Sources • Recensement INSEE – CS8 Seine-Saint-Denis.

Lorsque l'accès aux soins est évalué par le SIG (distances géographiques), on observe que les femmes de ce quartier du Chêne pointu – où existent des retards dans la prise en charge de la grossesse – résident à 1 km, 1,5 km d'un centre de PMI. Face à ces résultats, nous nous sommes interrogés sur les raisons de ces retards de prise en charge. Plusieurs hypothèses ont été proposées à partir du modèle géographique, mais aussi et surtout par un travail important de terrain réalisé avec les professionnels de santé, et avec les femmes pour identifier avec elles les limites et les freins à l'accès aux soins. Ainsi, même si dans ce quartier, une offre de soins, notamment en centre de PMI, est présente et située à proximité de ces femmes, le travail de terrain montre que ces femmes mettent parfois plus d'une demi-heure, voire trois quarts d'heure à pied pour accéder à ces centres, puisqu'elles n'ont pas de voiture et qu'il n'y a pas de transports en commun qui permettent de prendre le relais. Ici, proximité ne rime pas avec forcément avec accessibilité.

La seconde hypothèse repose sur la saturation de l'offre de soins disponible dans ces quartiers, celle-ci n'arrivant plus à répondre aux besoins des femmes. Face à ces différentes hypothèses, une des recommandations a été d'ouvrir un troisième centre de PMI dans la ville de Clichy-sous-Bois pour répondre aux besoins de ces femmes (disponibilité et accessibilité). Cependant, il ne s'agissait pas d'ouvrir ce troisième centre n'importe où sur le territoire, mais bien dans un secteur qui correspond aux besoins en termes d'accès, pour limiter les inégalités d'accès aux soins.

Cette démarche a pour objectif de proposer un outil d'aide à la décision de planification sanitaire qui, dans notre travail, a permis de transmettre des recommandations – notamment en termes de localisation – concernant l'ouverture de ce troisième centre de PMI. L'étape suivante serait d'installer ce système en routine pour évaluer si, effectivement, ce troisième

centre de PMI a permis de diminuer les retards de prise en charge de grossesse dans les quartiers concernés. Ce travail de recherche a pour objectif de cibler des territoires à risque pour mener des actions prioritaires, de susciter des interrogations, de faciliter des arbitrages lors d'implantations, de fermetures ou de restructuration des services, démarche indissociable d'un travail mené en relation avec les acteurs de terrain, les professionnels de santé et la population.

Un second travail de recherche est aussi en cours à partir des bases de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur l'impact des fermetures des maternités en collaboration avec l'unité U953 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U953) et Hugo Pilkington (géographe de la santé, Université Paris 8). Dans cette étude, nous analysons, aux échelles les plus fines possibles, comment les fermetures des maternités ont modifié les flux des femmes lors de l'accouchement dans la région Bourgogne. Dans cette région entre 2000 et 2009, les maternités d'Avallon, de Clamecy et de Châtillon ont fermé. Suite à la fermeture de la maternité d'Avallon en 2002, nous avons observé que les flux de femmes se redistribuent principalement vers la maternité de Semur-en-Auxois. En 2009, les maternités de Clamecy et de Châtillon ferment à leur tour, ce qui modifie à nouveau le paysage sanitaire de la région. L'impact de ces fermetures sur les issues de grossesse est en cours d'analyse.

Je conclus en soulignant que des défis méthodologiques sont encore à relever, autour d'un thème qui est celui de l'accès aux soins, fédérateur de plusieurs disciplines, donc de plusieurs approches qu'il est sûrement nécessaire de combiner pour répondre à ces questions. Nous sommes face à un thème central pour les géographes de la santé. Je vous ai présenté aujourd'hui des travaux en santé périnatale, mais j'aurais pu prendre d'autres exemples tels que les études qui sont réalisées par et avec les étudiants du master de géographie de la santé sur le dépistage des cancers du sein en Île-de-France. À travers ce master existe un vivier de professionnels pour réaliser des analyses géographiques de qualité.

Caractérisation des territoires et prospective

Pascale Echard-bezault

Chargée de mission santé cohésion sociale à la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR)

L'objectif de cette présentation est de montrer comment l'aménagement du territoire peut apporter sa vision et comment il peut être une porte d'entrée dans l'étude de l'accès aux soins ; nous construisons une typologie des territoires que nous utilisons dans l'aménagement du territoire avec l'idée que si nous arrivons à créer ou à rassembler des territoires qui vont se ressembler par leurs caractéristiques, nous pouvons imaginer que nous aurons des politiques publiques proches ou du moins du même ordre sur ces différents territoires.

Je vais donc vous présenter la typologie des campagnes françaises qui s'est terminée début 2012. Dans un travail exploratoire avec la DREES, nous avons commencé à la confronter à des zones de tension quant à l'accès aux soins de premier recours (dans notre cas, il s'agit de l'accès aux médecins généralistes).

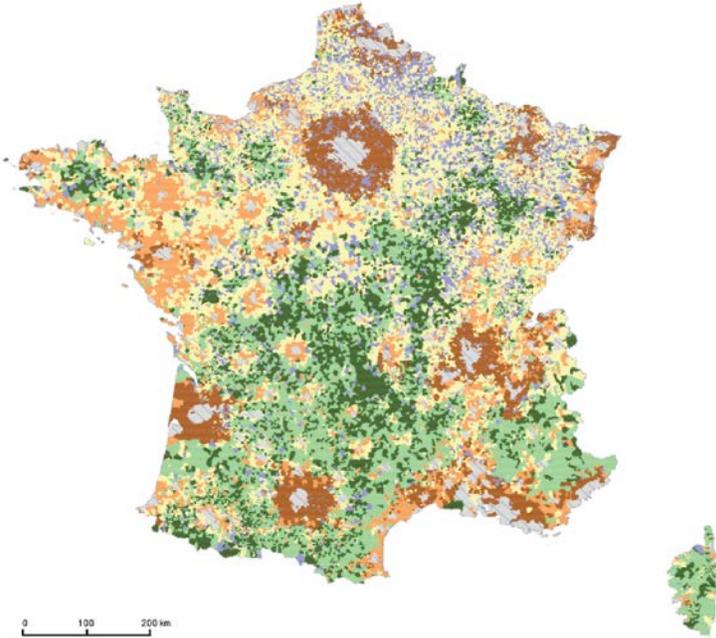
Nous avons mis à jour cette typologie, parce que nous avons une typologie déjà ancienne, qui datait de 2003, or, nous savons qu'entre 2003 et 2012, nous avons une modification des campagnes françaises avec des phénomènes de périurbanisation, de reconquête de certaines campagnes par un certain type de population. Nous avons aussi eu la redéfinition des zones urbaines en 2010, qui nous a forcés à retravailler sur ce qui n'était pas des zones urbaines, c'est-à-dire sur les zones rurales. Cette étude a été confiée à un consortium de laboratoires, avec l'idée d'exclure les unités urbaines de plus de 10 000 emplois qui sont ce que nous appelons les grands pôles urbains dans le nouveau zonage en zone urbaine de l'INSEE ; 34 000 communes ont donc été intégrées dans le champ. Nous avons travaillé sur trois champs : le champ de l'« espace, population et organisation de vie », celui de l'« emploi, activité économique » et celui des paysages.

Une première typologie du champ paysage, même si elle nous intéresse moins directement, montre que toute une partie conserve une empreinte agricole très forte, notamment autour des villes et que l'on retrouve dans le Massif Central et plus généralement dans le centre de la France, qui conserve des paysages semi-naturels avec une faible présence de bâti.

Après, nous passons sur des typologies qui nous intéressent plus : la typologie qui va porter sur le champ « espace, population et conditions de vie » (carte 5). La clé de lecture principale de cette carte est la proximité par rapport à la ville. À proximité des villes, nous avons une croissance résidentielle, une population jeune, des revenus élevés, mais un éloignement des emplois qui restent concentrés dans les pôles urbains et un éloignement des services dans les secondes couronnes. Un deuxième type d'espace concerne les faibles populations, une croissance résidentielle modérée, mais un brassage de populations avec une population âgée et des revenus faibles. Nous notons des difficultés dans le quart nord-est de la France avec une déprise démographique même dans les petites villes et les bourgs.

CARTE 5

Typologie de territoire vis-à-vis de la population et des conditions de vie



- Forte croissance résidentielle, population jeune, revenus élevés, fort éloignement des emplois et bonne accessibilité aux services d'usage courant
- Forte croissance résidentielle, population jeune, revenus élevés, éloignement des emplois et des services d'usage courant
- Bassins, bourgs et petites villes en déprise démographique, éloignement des emplois et bonne accessibilité aux services d'usage courant

- Faible densité avec population jeune, croissance résidentielle modérée, éloignement des emplois et bonne accessibilité aux services d'usage courant
- Très faible densité avec population âgée importante, faibles revenus, brassage de population, éloignement des services d'usage courant
- Très faible densité avec population âgée importante, faibles revenus, brassage de population, éloignement des services d'usage courant
- Hors champ (unités urbaines de 10 000 emplois ou plus)

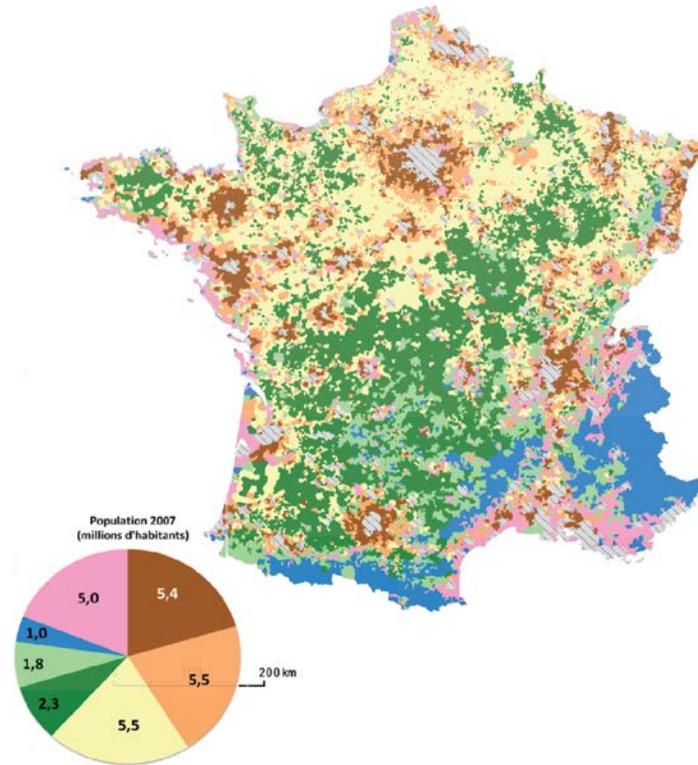
Ensuite, nous travaillons sur une typologie plus axée sur l'emploi et les activités économiques avec des espaces en croissance économique en périphérie des villes et sur certains secteurs de l'arrière-littoral.

Nous avons fait une typologie (carte 6) qui a regroupé ces différents éléments et qui fait apparaître des classes 1 et 2 qui correspondent au périurbain plus ou moins dense avec une forte augmentation de la population, une population jeune aux revenus élevés et un haut niveau de qualification. En revanche, nous y avons un problème d'étalement urbain avec un emploi éloigné. Au niveau aménagement du territoire, c'est un modèle peu durable, parce que, du fait des transports en voiture, nous allons augmenter les émissions de gaz à effet de serre et nous avons aussi de fortes mixités de population qui ne sont pas toujours simples à gérer, ce que nous appelons des « conflits d'usage ».

Toute la partie sur le littoral et dans les vallées est à forte croissance résidentielle et à forte économie présentielle, c'est-à-dire une économie liée au fait qu'il y a des habitants sur ces régions, avec une population qui fait vivre essentiellement l'économie et non pas l'industrie. Tout ce qui est vert comprend les zones essentiellement présentielles agricoles ou touristiques ; en bleu, ce sont les zones à population âgée importante, à faibles revenus et avec une économie présentielle et touristique ainsi qu'un très fort éloignement des services d'usage courant.

CARTE 6

Typologie du champ « Espace, population et conditions de vie »

**Campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées**

■ densité, en périphérie des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique

■ diffus, en périphérie des villes, à croissance résidentielle et dynamique économique diversifiée

■ densifié, du littoral et des vallées, à forte croissance résidentielle et à forte économie présentielle

Campagnes agricoles et industrielles

■ agricole, sous influence urbaine, associant des profils et des dynamiques socio-économiques faiblement contrastés

Campagnes de très faible densité

■ à population âgée importante, faibles revenus, économie présentielle et agricole

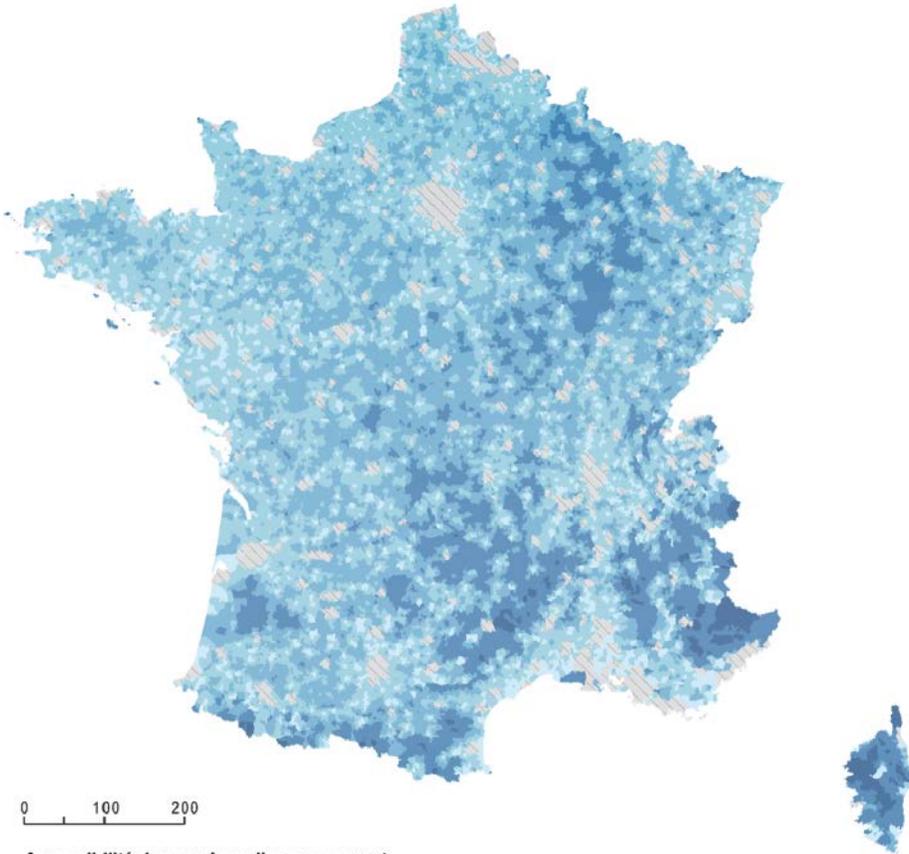
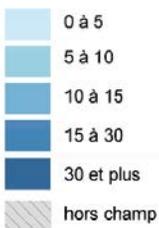
■ à population âgée importante, faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique

■ à population âgée importante, faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique, très fort éloignement des services d'usage courant

■ Hors champ (unités urbaines > 10 000 emplois)

À partir de cette typologie des campagnes françaises, nous avons fait un travail exploratoire au printemps dernier à partir de l'APL de la DREES que nous avons un petit peu retravaillée ensemble en choisissant de façon un peu arbitraire, mais concertée, des zones de tension par rapport à l'accès aux médecins libéraux. Si l'on regarde l'accès aux services en général, nous avons une carte très proche, c'est-à-dire que ces zones où l'on a des difficultés d'accès au médecin libéral se trouvent être aussi des zones avec des difficultés d'accès à d'autres services (carte 7).

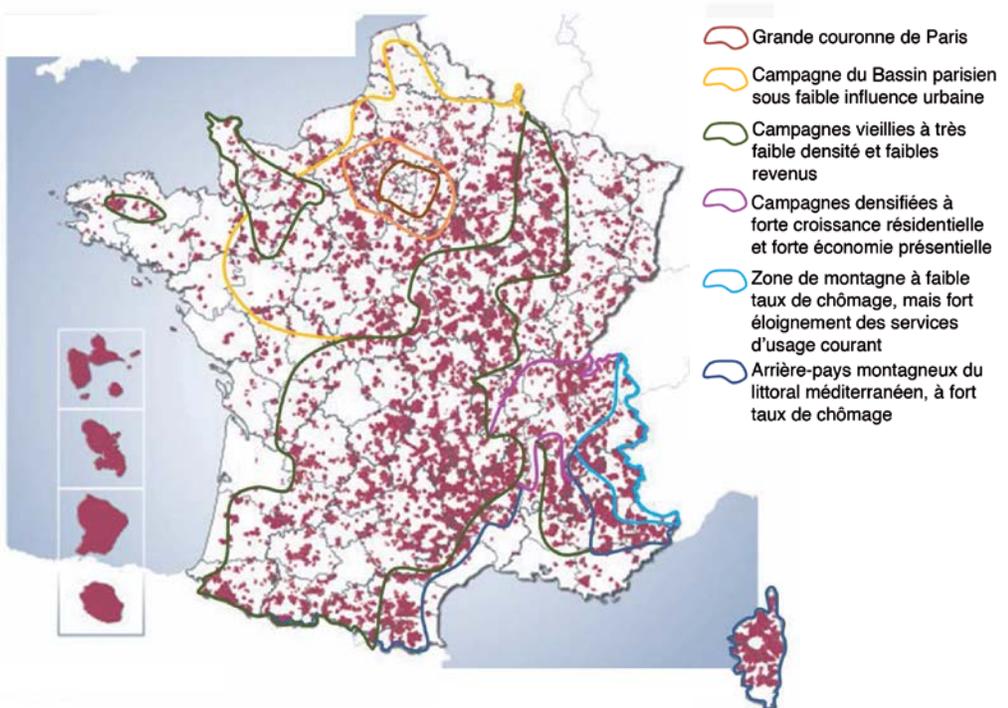
CARTE 7

Accessibilité des services d'usage courant**Accessibilité des services d'usage courant***Accessibilité moyenne pondérée par la population (minutes)*

Nous avons ensuite superposé ces zones sur notre typologie des campagnes françaises et avons alors mis en évidence des territoires en tension sur l'accès aux médecins généralistes, délimités par les contours en couleur sur la carte (carte 8). Nous retrouvons la grande couronne de Paris où nous avons fait quelques zones : en marron, les zones de tension que nous avons recalquées par rapport à notre typologie des campagnes. Ensuite, nous avons cette très grande couronne que certains qui travaillent en Île-de-France et dans les régions avoisinantes connaissent bien, qui est cette campagne autour de Paris, la Seine-et-Marne, l'Essonne, la partie de Haute-Normandie. Nous retrouvons en vert foncé toute cette partie qui comprend ces campagnes vieilles, cette fameuse diagonale du vide à très faible densité et à faibles revenus. Nous retrouvons en rose des campagnes qui sont densifiées avec une forte croissance résidentielle et une forte économie présente. Nous retrouvons en bleu les zones de montagne à faible taux de chômage, mais avec fort éloignement des services d'usage courant et aussi l'arrière-pays montagneux des littoraux méditerranéens. Nous pouvons parvenir à classer ces zones de tension en fonction d'autres éléments d'aménagement du territoire, qui vont toucher aussi bien l'économie que l'accès aux services.

CARTE 8

Six types de communes en tension sur l'accès aux médecins généralistes libéraux

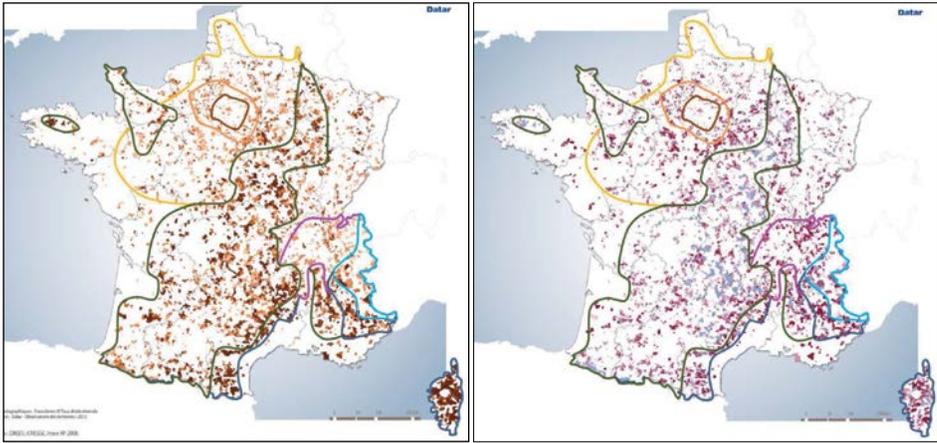


Nous allons maintenant engager un travail avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), car, selon le caractère des territoires, nous n'allons pas pouvoir avoir les mêmes solutions d'accès aux soins, selon que nous sommes à proximité d'une zone attractive où il y a des professionnels ou que nous sommes vraiment dans une zone rurale très isolée et à très grande distance des services d'usage courant. Nous envisagerons des solutions qui vont être

différentes selon qu'un professionnel peut faire l'aller-retour dans la journée pour aller travailler sur une zone en habitant ailleurs ou qu'il habite trop loin d'une zone de tension pour accepter de faire l'aller-retour tous les jours. Nous parlons des souhaits des jeunes professionnels, mais c'est en fait l'ensemble de la population française et notamment les jeunes qui a envie de vivre en ville aujourd'hui. Effectivement, selon les territoires, nous n'aurons pas les mêmes besoins selon les populations et pas les mêmes outils à mobiliser selon les territoires.

CARTES 9

Zones de tension médicale au regard de la population active



Part de la population inactive dans la population des 15-64 ans, en 2006 (en % par commune)

- plus de 32,2
- de 28,7 à 32,2
- de 25,9 à 28,7
- de 22,8 à 25,9
- de 0 à 22,8

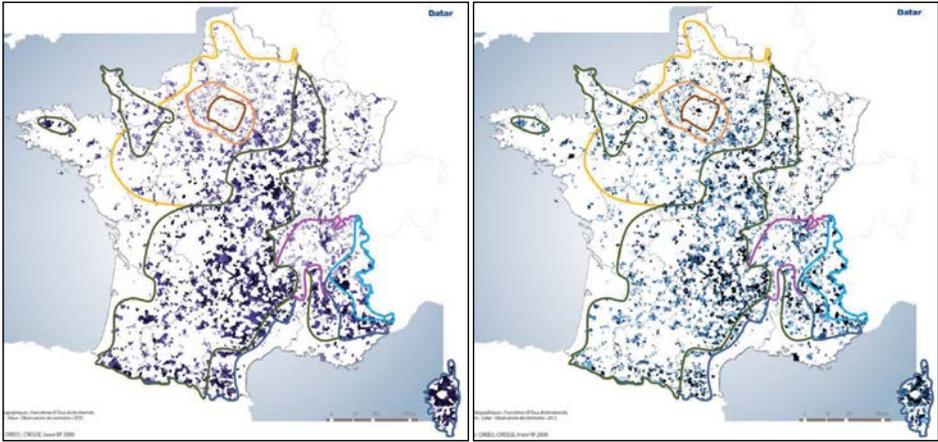
Variation relative annuelle de la population entre 1999 et 2009 (en % par commune)

- plus de 2,0
- de 1,1 à 2,0
- de 0,5 à 1,1
- de -0,3 à 0,5
- de -12,9 à -0,3

Nous avons mis les zones de tension en regard de la population inactive chez les gens en âge d'être actifs (cartes 9, carte de gauche). Nous avons effectivement des territoires différents avec des taux de chômage plus importants selon les zones. La carte (cartes 9, carte de droite) montre la variation de population : lorsque nous allons vers le rouge, il s'agit d'augmentations de population et, vers le gris, des diminutions de population. Les dynamiques sont donc différentes et il ne faudra pas appréhender de la même manière des territoires qui sont en augmentation de population et les territoires qui sont en diminution. Nous avons aussi mis les zones de tension en regard de la population de plus de 60 ans (cartes 10, carte de gauche). Nous avons de très grosses différences selon les territoires et donc, là encore, les besoins de la population ne seront pas les mêmes, même si l'APL intègre déjà l'âge de la population dans ce travail. En mettant les zones de tension en regard des retraités sans véhicule (cartes 10, carte de droite), apparaissent des territoires où la proportion de personnes âgées sans véhicule est beaucoup plus importante qu'ailleurs, dans lesquels il sera peut-être plus difficile de faire déplacer les patients, il faudra peut-être plutôt déplacer les professionnels.

CARTES 10

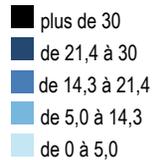
Zones de tension médicale au regard des plus de 60 ans



**Part des 60 et plus dans la population
(en % par commune)**



**Part des retraités sans véhicule
(en % par commune)**



Dominique Polton

Notre approche est tournée vers l'action au sens où elle fait le lien avec des éléments qui peuvent donner une idée des solutions à apporter, en fonction de la situation des territoires. La carte qui m'a un peu surprise, c'est celle qui illustre la tension sur les médecins généralistes (carte 8). Nous avons l'impression d'une carte où il y a des problèmes de tension partout, même si nous nous imaginons que cela concerne une fraction de la population relativement faible. Quelle proportion de la population française cela représente-t-il ? Nous réserverons cela pour nos questions de tout à l'heure.

Besoins estimés et consommations constatées : les soins ambulatoires dans le temps et dans l'espace

Xavier Vitry

Chargé de mission géographie de la santé à l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes

Il ne s'agit pas d'une étude, mais plutôt de pistes d'analyses, de réflexions autour de ce que nous pourrions exploiter sur des données notamment issues du projet Cartosanté. Je ne vais pas vous présenter d'éléments sur l'estimation des besoins de santé, parce que d'autres l'ont fait avant moi avec plus ou moins de succès selon les publications, mais nous avons des éléments assez intéressants là-dessus. L'idée est d'aller un peu plus loin dans les besoins de santé et de les confronter à ce que nous connaissons de la consommation de soins. La consommation de soins n'a pas vocation à servir d'estimation des besoins, puisque ce sont deux choses complètement distinctes, mais à partir du moment où nous avons caractérisé un territoire, nous allons nous demander si ce que nous croyons connaître du besoin de la population se traduit à travers la consommation de soins.

J'ai pris trois exemples d'études relativement récentes, notamment l'étude de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) sur les inégalités cantonales de santé qui identifiait trois dimensions d'inégalité sociale et une analyse en six classes pour la Métropole plus une classe particulière pour l'outre-mer concernant l'état de santé. J'ai également pris l'étude de la DATAR sur les besoins de santé ainsi que les typologies de campagnes françaises dont nous venons d'avoir un petit aperçu et, enfin, j'ai repris les données de l'étude APL qui vous a été présentée précédemment. Dans toutes ces études, la consommation de soins n'est pas abordée, ou alors peu abordée et rarement, voire jamais dans une dimension temporelle, pour une raison simple. En fait, nous n'avons pas de données temporelles de consommations de soins récupérées de façon périodique et standard au fil du temps. Les données de l'assurance maladie ont une antériorité d'environ deux ans et demi, peut-être trois maintenant, et nous n'avons pas d'historique sur une longue période à des échelles très fines pour réaliser des analyses au niveau cantonal ou communal.

À côté de cela, nous disposons d'un projet qui existe depuis 2004 : Cartosanté, à l'initiative de l'Assurance maladie, au départ piloté par les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM). Deux produits Cartosanté existent : le premier est un produit grand public, de diffusion d'indicateurs statistiques sous forme de carte, il est assez connu donc, nous n'allons pas nous appesantir. Il existe un deuxième projet « Cartosanté Pro » qui propose un accompagnement, une étude de marché pour les professionnels de santé : un professionnel qui envisage de s'installer quelque part prend rendez-vous avec une caisse primaire ou une ARS et on lui sort un profil du territoire dans lequel il souhaite s'installer. Ce profil est composé de trois pages, une sur la population, une sur la consommation de soins et une sur l'offre de soins disponibles sur le périmètre sur lequel il veut s'implanter.

Ces travaux existent pour quatre professions : depuis 2004 pour les infirmiers et médecins généralistes ; en 2005 sont apparus les kinésithérapeutes et, en 2006, les dentistes. Malheureusement, chaque année, la base « officielle » diffusée efface les années précédentes et donc ne permet pas de disposer d'une dimension temporelle. Néanmoins, nous avons archivé les bases annuelles successives issue de l'Assurance maladie afin de les compiler en une seule base de données pour pouvoir disposer à la fois de la production de soins par ces professionnels et de la consommation de soins par les bénéficiaires pour ces quatre profes-

sions, par commune pour toute la France. Cette base de données ainsi reconstituée permet d'analyser des données de consommation dans une dimension temporelle.

Pour information, entre 2006 et 2010, nous avons 15 à 16 millions de bénéficiaires de soins dentaires par an, entre 41 et 45 millions de bénéficiaires de soins médecine générale, 60 000 généralistes dont une part évidemment de plus en plus croissante de médecins de plus de 55 ans, vous le savez tous. Nous avons également entre 7 et 8 millions par an de bénéficiaires de soins infirmiers, 444 millions d'actes dont la moitié sur la commune de résidence des patients en 2010, ce qui a doublé par rapport à 2004. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, nous avons entre 6 et 7,5 millions de bénéficiaires de soins pour 175 millions d'actes en 2010 pour toute la France. Ces informations sont ventilées par commune, parfois par âge ou par type d'acte. Pour les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes, par exemple, nous avons une distinction entre les soins dits de « nursing » et les soins techniques et, de la même façon pour les dentistes, nous avons un certain nombre de détails. Nous avons également des éléments sur l'offre complémentaire, c'est-à-dire la présence dans les communes de spécialistes. Entre 2004 et 2010 par exemple, 12 communes de plus disposent d'un cardiologue. De la même façon, sur cette même période, 487 communes ont des infirmiers en plus, ce qui représente au total 14 000 infirmiers supplémentaires entre 2004 et 2010. Parallèlement, en 7 ans, le nombre de médecins généralistes a diminué en nombre de communes « équipées » alors que le nombre de professionnels a augmenté. Pour les pharmacies, on constate également une concentration de l'offre et les pharmacies des zones les plus rurales disparaissent progressivement au profit des communes un peu plus grandes.

Nous avons confronté l'évolution dans le temps du nombre d'actes par bénéficiaire depuis 2004 avec les données de l'APL (calculées pour 2010) et nous constatons que c'est effectivement là où l'APL est la plus faible en 2010 que la consommation par bénéficiaire est la moins dynamique. La taille de la patientèle par médecin généraliste, en revanche, augmente dans les secteurs où l'accessibilité est la plus faible.

L'étude sur les typologies de la DATAR est également intéressante. Elle permet d'analyser les typologies faites au regard d'indicateurs d'évolution des consommations et de production de soins. Pour les infirmiers, je vous disais que nous avons une augmentation de 14 000 infirmiers entre 2004 et 2010. Nous constatons que le nombre de patients par infirmier est resté relativement stable donc finalement, à mesure que le nombre d'infirmiers augmente, nous avons parallèlement une augmentation des actes par bénéficiaire. Nous avons un constat d'une augmentation parallèle entre le nombre d'actes par personne et le nombre d'infirmiers sur le territoire.

Je vous présente également deux graphiques qui mettent en évidence le lien entre patientèle par infirmier et actes par bénéficiaire, selon les départements. Dans les départements où la patientèle par infirmier est plus faible (souvent, des départements avec des infirmiers nombreux), le nombre d'actes par bénéficiaire est plus important. Entre 2004 et 2010, avec l'augmentation du nombre d'infirmiers sur le territoire, le glissement général vers une augmentation du nombre d'actes par bénéficiaire s'observe pour pratiquement chacun des départements.

Sur un autre graphique, nous analysons l'évolution du nombre d'actes de masseurs-kinésithérapeutes par patient en fonction des résultats d'une typologie des territoires réalisée par la FNORS en 2010³. Cette typologie regroupe en sept classes les cantons ayant des profils socio-sanitaires similaires (caractéristiques des populations, des espaces urbains ou ruraux, de la mortalité ou de l'offre de soins). Nous constatons une certaine homogénéité : quelle que soit

3. FNORS, Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B., 2010, *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, Collection Abrégés, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2^e édition, 280 p.

la classification du territoire faite par la FNORS, le nombre d'actes de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de façon homogène sur la période. La même analyse a été réalisée en regardant cette fois l'évolution du nombre de patients par masseur-kinésithérapeute : le type de territoire semble ici avoir une influence, les évolutions n'étant plus homogènes entre elles.

Pour aller un petit peu plus loin, ces données sont intéressantes et devraient être à disposition, parce qu'elles nous ont servi, en Rhône-Alpes, à construire des profils de territoires, notamment pour des diagnostics de réseau. Nous avons demandé au réseau quels étaient leurs périmètres d'intervention et nous leur avons construit des profils personnalisés à partir des données de Cartosanté avec cette dimension temporelle qui permet d'anticiper sur les quelques années à venir un certain nombre d'éléments et de comprendre pourquoi nous sommes dans telle ou telle situation, plutôt que de rester sur une photo figée. Cela peut également servir à des états des lieux, notamment pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, la permanence des soins, etc. Toute démarche de sectorisation peut inclure aussi, grâce à ces données, un historique de l'évolution de la consommation et de la production de soins sur son territoire. En effet, nous sommes sur des données de communes que nous pouvons agréger à façon sur tout l'historique. De même, différentes études comparatives au niveau des agglomérations et communautés de communes peuvent être intéressantes.

En conclusion, il est nécessaire de développer le potentiel de Cartosanté, qui permet de comparer des territoires dans le temps grâce à des méthodes standardisées. Il est important de le rendre pérenne, de le renforcer et éventuellement d'élargir son périmètre au niveau des professions concernées. Cet outil pourrait également fournir une vision peut-être plus thématique, par exemple autour de la mère et de l'enfant : nous aurions les sages-femmes, les orthophonistes, etc. La mise à disposition de ces données est évidemment un élément central et il faut en faire un outil d'analyses partagé de façon à ce que nous puissions focaliser les débats sur l'analyse et les hypothèses et pas uniquement sur la source des données et leur fiabilité. Enfin, il faut pouvoir réaliser des requêtes les plus fines possibles mais utilisables sur tous les territoires, c'est-à-dire en évitant que ces requêtes ne soient attirées à un zonage spécifique. Grâce à cette base de données, quelles que soient les évolutions des zonages prioritaires ou déficitaires, nous partagerons tous une information homogène.

Échanges avec la salle

Dominique Polton

Je trouve assez intéressant ce rapprochement de données géographiques et temporelles car, souvent, nous regardons les inégalités à un moment donné et nous constatons qu'il y a des gens moins bien servis que d'autres. Or, parfois, quand nous nous projetons dans le passé, compte tenu de l'augmentation, par exemple, des infirmiers qui a été massive et qui le reste, nous pouvons toujours considérer que les gens sont moins bien servis en relatif par rapport à la moyenne, mais avec un niveau très supérieur à celui qui était le niveau intermédiaire par exemple quelques années avant. Il est vrai que cela pose la question du seuil.

Pascale Echard-bezault

Nous n'avons pas cherché à savoir combien de médecins manquaient. En choisissant un seuil qui est de 37,7 équivalents temps plein pour 100 000 habitants avec l'APL, je crois que nous étudions les 10 % de la population qui ont l'APL le plus bas. C'est un seuil complètement arbitraire et c'est pour cela que je l'ai présenté comme un travail exploratoire.

Dominique Polton

Ce qui n'est pas pérenne, c'est la position absolue d'un tel seuil. Un seuil « acceptable » peut être lié à une certaine perception, avec des attentes qui elles-mêmes changent, mais c'est une autre question.

Un représentant de l'ARS Haute-Normandie, dans la salle

Deux études m'ont fortement intéressé, d'abord la première sur la typologie des zones rurales et la deuxième sur la PMI, parce que ces deux études ont effleuré une variable d'intérêt qui est l'équipement des foyers d'une voiture. Le département de l'Eure a une des densités les plus faibles de France en omnipraticiens, sauf que dans ce département, nous avons des foyers fortement équipés en voiture (plus de deux par foyer). L'INSEE produit des enquêtes notamment sur l'équipement des foyers en véhicules ; il serait intéressant de croiser ce niveau d'accessibilité des professionnels de santé et l'équipement des foyers.

Pascale Echard-bezault

Ce sera l'un des éléments pris en compte dans le travail que nous allons mener.

De la salle

Ma question est liée à la capacité d'allier des choses qui sont de l'ordre de la qualité des soins avec ces données. Actuellement, un des grands enjeux est le développement des maladies chroniques et c'est aussi toute la question du décloisonnement entre les professions et du décloisonnement des prises en charge avec des gradations de prise en charge. Et nous avons vu dans l'étude d'Hélène Charreire, par exemple, que ce n'est pas parce qu'il pouvait y avoir sur le papier de la proximité d'offre qu'au final, quand nous regardons un indicateur de qualité – elle a pris celui des grossesses –, nous avons un résultat favorable. C'est également un enjeu dans le système de santé actuellement que d'arriver à prendre en compte la qualité dans la durée, parce que là, les réponses que vous mettez en avant sont très axées sur la prise en charge actuelle. Elles ont du mal à prendre en compte toutes les évolutions que nous pouvons avoir dans les patients qui sont vus, notamment dans le cas de maladies chroniques. En particulier, la question de la prévention et de l'éducation pour la santé devient de plus en plus prégnante et dans un moment de pénurie, forcément, nous avons des glissements entre les professionnels et des gradations de prise en charge de plus en plus importantes.

Dominique Polton

Vous avez tout à fait raison de dire qu'une autre dimension est celle de l'interprofessionnalité et de la coordination des soins en sachant que la DREES avait montré que les jeunes médecins ont tendance à travailler beaucoup plus groupés que leurs aînés. En effet, le modèle du médecin isolé est en train de changer aujourd'hui, avec probablement plus de maisons médicales, plus de collectifs interprofessionnels, mais cela va se traduire par le fait que ces collectifs seront un tout petit peu plus loin potentiellement de la population. En tout cas, c'est ce qu'il me semble que vous aviez montré dans une étude antérieure.

Fanny Mikol

Oui, et nous avons calculé notamment l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée sur les seuls médecins de moins de 40 ans pour avoir une vision de là où seront potentiellement installés les futurs médecins. Il est vrai que le regroupement fait d'emblée qu'ils sont un peu moins bien répartis, mais pour autant, ils sont quand même situés là où les autres populations de leur âge sont aussi situées, c'est-à-dire surtout dans les pôles urbains.

Table ronde

COMMENT LES OUTILS STATISTIQUES PEUVENT-ILS CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES LOCALES ?

Table ronde animée par **Baudouin Seys**, chef de service de la DREES

Participants :

Hervé Maurey, sénateur de l'Eure, rapporteur du groupe de travail du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire

Catherine Aubry, médecin, membre de l'URPS-médecins libéraux de Bourgogne

Jean Gallais, médecin, membre du syndicat MG France

Olivier Obrecht, chargé de mission au secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

Pierre-Jean Lancry, directeur général de l'ARS Basse-Normandie

Les échanges lors de ce colloque n'engagent pas la DREES.

Baudouin Seys

Après avoir eu des exposés très techniques, nous allons aborder la question du pourquoi. Comment se posent les problèmes et comment sont-ils perçus ? Des avancées ont eu lieu dans la recherche, la statistique, la géographie. Ces dernières années, il y a eu d'immenses progrès à la fois dans la localisation des bases de données et dans la manière d'appréhender les questions. Pour conclure cet après-midi et essayer de voir où nous en sommes des problématiques et comment les outils éclairent ou non la question de la géographie, de l'accès aux soins, nous avons autour de la table Pierre-Jean Lancry, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Basse-Normandie ; Olivier Obrecht, chargé de mission auprès du secrétariat général du ministère, qui nous donnera la parole du ministre ; Hervé Maurey, sénateur de l'Eure et rapporteur du groupe de travail « Présence médicale sur l'ensemble du territoire », qui nous dira comment les élus locaux perçoivent le problème ; le docteur Catherine Aubry, qui travaille dans une maison de santé à Cluny et est membre de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Bourgogne ; enfin, le docteur Jean Gallais, qui est l'un des responsables du syndicat MG France, qui est spécialiste en Santé publique et recherche, et qui a été très impliqué durant toute sa carrière dans les systèmes d'information.

Je voudrais que cette table ronde soit séparée en deux parties. Nous avons vu qu'il y a eu une avancée de tous les systèmes d'information, de toutes les perceptions. La première partie sera donc naturellement l'occasion de faire un point sur les questions qui se posent, mais également de se projeter vers l'avenir. Dans cinq à dix ans, les évolutions des outils seront fondées sur les problématiques qui se posent aujourd'hui, notamment en matière de géographie de la santé (accès aux soins, etc.). Il faut également s'intéresser aux canaux, sociaux ou administratifs, de remontée des problèmes. C'est *via* ces canaux de remontée qu'un jour un problème devient un problème national dont nous devons nous préoccuper. La seconde partie de notre débat portera sur les avancées récentes et les marges de progrès de nos systèmes d'information. Nous avons vu essentiellement s'exprimer les chercheurs et les producteurs de données. Maintenant, du point de vue des utilisateurs de données, comment sont perçus les progrès récents ? Quels sont les manques, quelles sont les analyses que les professionnels de l'information et de la géographie devraient s'attacher à développer dans les années qui viennent ?

Quels sont les problèmes actuels en matière d'accès géographique aux soins ?

Hervé Maurey

Je vais exprimer le ressenti des élus qui, sur le terrain, constatent de plus en plus un problème de désertification médicale. C'est un problème que l'on rencontre dans beaucoup de régions et qui nous a conduits, au Sénat, à nous pencher sur cette question. Récemment, nous avons créé un groupe de travail sur la démographie médicale au sein de la Commission du développement durable et de l'aménagement du territoire. Pour appréhender cette question, souvent accaparée par des spécialistes des affaires sociales, pour ne pas dire par des médecins, nous avons voulu créer ce groupe de travail qui regroupe des parlementaires issus de tous les groupes politiques et qui devrait, au début de l'année prochaine, faire des propositions sur le sujet. Nous avons déjà auditionné beaucoup de personnes et nous continuons nos auditions. Nous irons dans les régions pour voir un certain nombre d'exemples concrets. Naturellement, nous nous appuyons sur les statistiques qui existent, et nous avons auditionné un certain nombre d'experts, notamment de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Institut national de la statistique et des recherches économiques (INSEE). Je trouve que les statistiques sont précieuses, utiles, indispensables, mais en même temps, il faut quelque part les relativiser dans la mesure où les chiffres que nous avons dépendent aussi de la manière dont nous réglons le focus.

Si nous prenons l'exemple de la démographie médicale, au niveau national, globalement, c'est correct. Le rapport du nombre de médecins à la population au niveau national ne fait pas apparaître de souci : il n'y a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui. Au niveau régional (qui est en général le niveau des statistiques qui sont communiquées), globalement, il n'y a pas de gros problèmes. Certes, il y a des écarts entre les régions, mais il n'y a pas de région administrative qui soit vraiment en pénurie. En revanche, au niveau des départements, la situation est extrêmement différente. Je rappellerai simplement les chiffres du Conseil de l'Ordre des médecins pour les généralistes : 140 médecins pour 100 000 habitants au niveau national, 232 médecins pour 100 000 habitants à Paris et 102 médecins pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure. Au niveau départemental, les écarts sont ainsi de 1 à 2. Au niveau infradépartemental, les statistiques sont moins précises, mais les situations sont beaucoup plus préoccupantes.

De même, les statistiques dont nous disposons aujourd'hui indiquent des temps de trajet d'un village à un médecin. Celui-ci ne doit pas être, selon les uns, supérieur à trente minutes,

selon les autres, supérieur à quinze minutes. Ce que l'on ne mesure pas et qui est à mon sens le plus important, c'est le temps pour obtenir un rendez-vous chez un médecin. Finalement, le plus important, ce n'est pas le temps de trajet pour se rendre chez un médecin, mais le fait d'avoir un rendez-vous dans des délais raisonnables. Et ce que nous mesurons encore moins, ce sont les conséquences qui découlent de ces délais parfois extrêmement longs, qui peuvent être dramatiques, y compris en termes d'espérance de vie : plus vous diagnostiquez tard une pathologie, plus les examens complémentaires sont effectués tardivement, plus, par définition, les soins sont retardés. Ces quelques réflexions ne visent bien entendu pas à dénigrer l'utilité des statistiques, mais à en relativiser la portée et à montrer qu'aujourd'hui, nous n'avons pas encore tous les outils pour appréhender la réalité des situations.

Aujourd'hui, en tant qu'élus, tant au niveau local qu'au niveau du Parlement, nous ressentons les problèmes que posent la démographie médicale et la désertification. Nous avons de véritables inquiétudes par rapport à la pertinence des solutions qui sont proposées. C'est pour cela que de plus en plus de parlementaires, aussi bien au Sénat qu'à l'Assemblée nationale, ont pris des initiatives. Les propositions de loi déjà déposées à l'Assemblée nationale montrent bien une réelle inquiétude. Un de mes collègues députés a déposé une proposition de loi assez directive qui rompt avec le « sacro-saint » principe de liberté d'installation des médecins, en proposant des mesures assez strictes en matière de régulation, mesures que, à mon avis, nous aurons du mal à éviter dans les années qui viennent.

Baudouin Seys

Docteur Aubry, vous qui êtes un « médecin de base », qui travaille dans une maison de santé et à l'URPS de Bourgogne, quels sont les problèmes actuels en matière de géographie et comment sont-ils perçus, par quels canaux ?

Catherine Aubry

Merci de me donner la parole, parce que je vois qu'il y a beaucoup d'experts. Je suis peut-être un « médecin de base », mais je suis un médecin qui pratique la médecine de premier recours et qui a ouvert une maison de santé pluriprofessionnelle le 2 janvier 2012. Mon avis de professionnelle de terrain, mon avis aussi d'élue de la profession et d'enseignante de médecine générale est que nous ne pouvons actuellement pas faire l'impasse sur l'organisation des soins de premier recours et sur la pluriprofessionnalité. Cela veut dire que nous devons nous intéresser à cette problématique d'abord pour les usagers. La carte ne fait pas le territoire. Selon que vous êtes élu, analyste, usager, professionnel de santé, médecin ou autre professionnel de santé, vous avez votre propre vision sur ce qu'est un territoire de santé, sur les objectifs de ces territoires et sur l'organisation des soins pour les années à venir.

En ce qui concerne les canaux, il s'agit déjà de définir ce que nous voulons faire, et dans quel but ? Quels sont les objectifs de ces territoires ? J'ai entendu monsieur Saout ce matin, qui parlait de mobilité de tous les intervenants quels qu'ils soient dans la chaîne des soins ; j'aurais envie de parler de flexibilité, c'est-à-dire, soyons ouverts à toutes les possibilités, à toutes les organisations et ne fermons la porte à rien. Mon voisin parle un petit peu de coercition. Je ne pense pas que ce soit la bonne façon de faire, il faut plutôt construire des outils et les mettre à la disposition des professionnels de santé, en particulier des jeunes professionnels de santé, pour satisfaire les besoins en santé de la population. Mais ne mélangeons pas les demandes et les besoins. Il faut identifier les besoins de santé d'une population, et éduquer la population, peut-être à se déplacer un petit peu plus. Nous sommes devant un enjeu majeur de santé publique, et je pense que les territoires sont petits, moyens, un peu

plus grands, avec des objectifs précis. Nous devons avoir des territoires « flottants » selon les objectifs qu'on leur donne. Nous n'allons pas avoir le même objectif pour organiser une politique de prévention que pour organiser une permanence des soins ou pour d'autres choses. Donc, il faut vraiment avoir des territoires qui soient flexibles, qui répondent à des objectifs précis et qui soient faits en concertation avec toutes les personnes concernées. Il faut beaucoup travailler pour y arriver. Tous les outils donnés ce matin sont très importants, parce qu'ils permettent de faire des analyses, mais il faudrait peut-être donner un peu de sens à tout cela.

Jean Gallais

Les mêmes questions se posent depuis maintenant plusieurs décennies. Ce qui est intéressant, c'est la récurrence de la question, car il n'y a pas d'inertie au plan du diagnostic, mais au plan thérapeutique. Ce constat a été appelé de façon fréquente « diagnostic partagé ». Nous sommes toujours à un moment où se pose de façon implicite, explicite ou allusive, la question de la régulation du système de santé. Cette problématique de la régulation est bien entendu un propos indigeste, car elle implique des enjeux d'économie, d'organisation, mais aussi d'idéologie. Depuis longtemps, nous tournons autour de cette question, mais, nous l'avons bien vu, aujourd'hui, la diversité des indicateurs montre l'absurdité d'une vision non systémique de la santé et de ses déterminants.

Dans les présentations du jour, j'ai trouvé « intéressante », pour ne pas dire surprenante, l'évocation de la reconversion des hôpitaux pour passer d'un dispositif de soins tertiaires à un dispositif de soins primaires. Il y a là un problème central sur la façon de penser l'organisation du système qui n'est toujours pas éclairé ou perçu. Quels sont les différents niveaux de soins par rapport aux besoins ? Cette question initiale revient à penser globalement et à agir localement. Il faut analyser les besoins et les hiérarchiser. Cela n'est jamais traité préalablement. Dans tous les autres pays, on vous dirait : « De quoi parlons-nous ? » Nous parlons d'organisation, d'offre de soins, d'accessibilité, de coordination, car ce sont les sujets sous-jacents.

À votre question concernant la manière dont la problématique de l'organisation des soins arrive au médecin ou au soignant, je répondrai qu'elle arrive d'abord par le bruit de fond médiatique et par celui des patients. Quand nous regardons les données de soins, 80 % à 90 % des hommes et 90 % des femmes passent dans le dispositif de médecine générale tous les ans. Un quart de la population recourt chaque mois à ce dispositif. Cela signifie que le médecin est à la fois témoin, acteur, et acteur pris à témoin. Il est le réceptacle sur lequel se déversent ce que certains appellent la *souffrance psychique*, d'autres la *souffrance sociale*, d'autres des *demandes sans objet ou sans besoin*. Au milieu de tout cela, en tant qu'acteur, le médecin généraliste est dans la position où chacun semble lui dire : « l'effecteur, c'est vous », car c'est lui qui reçoit les plaintes, les souffrances des patients comme s'il avait le pouvoir principal de décision. Un exemple assez simple de cette illusion est le paiement à la performance, qui part du principe que l'accroissement de la qualité ou de la sécurité n'a comme variable essentielle que l'effecteur médical. Personne ne peut croire à un tel schéma compte tenu des déterminants connus de la santé. Il est demandé à un acteur d'accroître sa performance en jouant sur la variable activité. Mais, les modalités des protocoles ou de la coordination, par exemple, ne relèvent pas seulement de lui.

Pour moi, le problème de l'offre de soins est lié à cette question préalable : Quels sont les besoins ? Quelles sont les réponses possibles et surtout les solutions pertinentes et faisables ? Quel que soit le sujet auquel on est confronté, ces questions se poseront : est-ce en particulier en routine et sur l'ensemble du territoire que la solution choisie sera applicable ?

Nous essayons d'avancer et les maisons pluriprofessionnelles ne sont qu'un des leviers parmi d'autres. Il reste cependant l'interrogation de départ : « Quelle est la décision politique ? » En tant que professionnel, citoyen, électeur, financeur de la protection sociale, j'attends que l'on nous dise clairement quelle est la ligne stratégique choisie.

Olivier Obrecht

Beaucoup de choses ont déjà été dites ; il y a une grande part d'influence médiatique dans la façon dont les questions se posent. Monsieur Gallais l'a souligné avec raison, cela ne fait jamais qu'une trentaine d'années que les projections démographiques médicales prévoient la baisse démographique à partir des années 2015-2020 pour revenir à une densité médicale autour de 2025 identique à celle que nous connaissions en 1985 en France. À cette époque, je n'ai pas l'impression que nous étions dans un désert médical... Contrairement à ce qu'a dit monsieur Seys, je ne prétends en aucune façon être la voix de la ministre, mais plutôt celle du secrétariat général, qui essaye de penser aujourd'hui l'offre de soins avec le réseau des 26 ARS par rapport aux problématiques auxquelles se trouve confronté le système.

La première notion, à mon avis importante, qu'a rappelée Dominique Polton, est que la moyenne n'est pas la norme. Ce n'est pas parce que nous faisons varier une densité vers une moyenne que, nécessairement, nous améliorons un optimum quelconque puisque la moyenne peut, en elle-même, déjà être insuffisante ou très largement suffisante par rapport aux besoins.

Cela m'amène à la seconde notion : la création des ARS par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) a sans doute été un élément important du questionnement, puisque les ARS ont été pour la première fois, dans l'histoire institutionnelle de notre pays, en charge de réfléchir à l'ensemble de l'offre de soins sur les territoires et pas uniquement en charge d'une réflexion sur un secteur comme pouvaient l'être précédemment les ARH avec les hôpitaux, le réseau de l'Assurance maladie avec la médecine libérale, les conseils généraux avec l'offre médicosociale et quelques autres acteurs plus ou moins impliqués dans les schémas de prévention. Nous avons, pour la première fois, une unité de la réflexion et une unicité des instances de débats au niveau local, notamment par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), et par les différentes conférences de territoires qui mettent en commun les constats.

Les statistiques sont un outil indiscutablement important pour éclairer l'offre, le recours aux structures et donc, potentiellement, pour faire émerger des problématiques de moyen terme. Et comme l'a très bien redit monsieur Maurey, il n'y a pas de pénurie aujourd'hui, mais il y a des disparités importantes qui conduisent nécessairement à se poser la question de la façon dont les évolutions tendanciennes, de la démographie des professionnels notamment, influencent notre vision de moyen terme. L'émergence du besoin en matière d'offre est clairement née de la mise en tension du système depuis trois ans dans le cadre d'une réflexion prospective à cinq ans, mêlant réflexion sur l'offre et réflexion sur les éléments constitutifs de l'offre.

Il me semble important de se souvenir aussi du contexte dans lequel se déploie le dispositif. Les cartes, notamment les représentations démographiques ou les projections, représentent un élément d'analyse important, mais en même temps, la carte, par définition, tend à figer la pensée, puisqu'elle peut conduire à reproduire les schémas d'offres actuels, alors même que nous nous rendons compte, avec les plus jeunes professionnels par exemple, que le sujet est tout autre. Il n'est pas de faire revenir des jeunes médecins dans les campagnes. Ils ne reviendront pas, c'est un fait. Je me souviens avoir eu des difficultés à expliquer cela au congrès des maires de France en décembre 2010. Il faut tenir un langage de vérité : là où il y a aujourd'hui

trois communes de 800 habitants avec toutes les trois un médecin généraliste, dans dix ans, il n'y aura probablement, sous l'impulsion des ARS, plus qu'une commune dotée d'un pôle de santé ou d'une organisation qui permettra d'avoir une approche beaucoup plus coordonnée et efficiente de l'offre. Donc, le sujet n'est pas de chercher à préserver le modèle du passé, mais de trouver comment accompagner la volonté des plus jeunes de travailler différemment et pour nous, pouvoirs publics, d'organiser la possibilité de le faire, en termes de systèmes d'information, de déploiement des réseaux de télémedecine, et en permettant aussi d'être un peu créatifs sur le plan de l'exercice. Les consultations avancées ont été inventées historiquement pour les maternités, d'autres modèles se déploient pour des consultations de spécialités. Le modèle du médecin de la campagne dans son cabinet à temps plein a vécu. Pour autant, je suis convaincu que nous sommes en train de réfléchir à de nouvelles organisations qui permettent à la fois de conjuguer le souhait des patients et celui des plus jeunes professionnels, généralistes comme spécialistes. Ce qui conditionne l'implantation des jeunes médecins aujourd'hui, c'est la proximité d'un plateau technique, c'est la possibilité d'avoir des écoles pour les enfants à proximité et la possibilité pour le conjoint de travailler dans un rayon de 20 km. Ensuite, à nous de travailler avec eux et de réfléchir en termes d'offre de façon prospective. Ce travail fait nécessairement émerger la tension entre un modèle de reproduction, qui vient de la tentation naturelle de refaire venir des médecins là où les médecins vieillissent, et de nouveaux modèles d'organisation de la santé au niveau des territoires.

Pierre-Jean Lancry

Nous raisonnons sur l'offre, sur le recours aux soins, sur la consommation. Ce qu'il me faudrait pour bien cerner et coordonner une politique de santé nationale à l'échelle de la région, c'est avoir une connaissance des besoins, dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social. Les difficultés statistiques sont encore plus flagrantes en matière médicosociale. Je peux éventuellement savoir où vont être les enfants autistes placés aujourd'hui dans des institutions, mais je ne sais pas quel est le besoin en places. J'ai quelques indicateurs sur les listes d'attente, mais c'est insuffisant pour construire une politique. Et nous sommes toujours dans cette approche, parce que c'est plus facile, je le conçois très bien...

Le second point, qui a déjà été mentionné, mais sur lequel je voudrais insister, c'est la question de l'organisation. Il est évident que les réponses seront de nature organisationnelle. Avec la création des pôles de santé libéraux ambulatoires, nous sommes passés d'une logique de professionnel de santé avec sa patientèle à une logique de construction d'un projet de santé autour d'un territoire. Et cela est fondamental, parce que cela change la manière d'appréhender la question des besoins de santé. Dire que nous allons avoir des professionnels avec un projet construit et une idée de territoire de santé, de bassin de population à desservir, règle des années de difficultés en matière d'accès aux soins. Pour vous montrer que ce n'est pas nécessairement une question d'offre qui permettra d'améliorer une situation, je vais vous donner l'exemple de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Lorsqu'il manque une unité neurovasculaire (UNV), nous pouvons faire le constat qu'il y a une inégalité des chances. Si nous raisonnons uniquement ainsi, celui qui a la chance d'être tout près d'une UNV aura plus de chances, mais ce n'est pas ainsi que cela se mesure, et cela ne se mesure pas non plus en nombre de services qui vont faire la thrombolyse. Cela va vous surprendre, mais, paraît-il, le meilleur élément améliorant la survie des victimes d'AVC, c'est d'apprendre à la population à recourir au 15. Si vous ou votre entourage avez le réflexe de faire le 15 quand il y a un problème de cette nature, vous aurez beaucoup plus de chances que si vous ne le faites pas. Nous le voyons pour de nombreux autres cas : nous n'avons pas une bonne utilisation du système de soins, parce qu'il y a ce défaut d'organisation. Évidemment, sur l'AVC, nous pouvons aussi concevoir une logique avec des moyens modernes de télécommunication, la

téléimagerie et autres outils nécessaires pour les offreurs. Mais sur l'organisation, beaucoup ne veulent composer le 15 que s'il s'agit de quelque chose de grave. Pas du tout ! Le 15 sert à réguler le fonctionnement quand vous êtes en dehors des heures ouvrables. Le 15 vous mettra en relation avec le bon professionnel de santé, mais il ne va pas vous envoyer le service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) pour tout et n'importe quoi. Repenser l'organisation permettra de régler bon nombre de problèmes et de détourner la réflexion de cette pure analyse statistique de : « on a une consommation et une offre et on regarde si elle est proche des gens », ce qui ne permet pas de construire une politique structurelle de santé.

Baudouin Seys

Après cette première série d'interventions, je retiens que les systèmes d'information privilégient l'analyse géographique des temps d'accès, mais qu'il ne faut pas omettre l'analyse des temps d'obtention de rendez-vous. Nous pouvons aussi noter la lancinante question des territoires : rigidité ou caractère « flottant » ? Il y a également la question de la connaissance des besoins, mais qui n'est pas déconnectée de l'organisation.

Échanges avec la salle

Eric Van Melkebeke, médecin, URPS - Médecins libéraux de Bretagne

Je profite de l'occasion d'avoir un sénateur dans la salle pour lui poser le problème des maisons médicales des communautés de communes. En Bretagne, nous avons un problème de désertification un peu partout, mais surtout le problème c'est que nos politiques pensent qu'en construisant des locaux, de préférence chacun dans sa propre commune, ils vont résoudre le problème. Monsieur Obrecht l'a dit, nous n'aurons jamais de personnel pour remplir ces maisons. Le pôle de santé existe aussi en Bretagne, il constitue probablement une meilleure approche, mais un des gros problèmes reste l'attractivité de la pratique en milieu rural pour les jeunes. Comme nous en accueillons dans notre maison de santé régulièrement, nous voyons qu'ils sont abasourdis par la masse de travail, par la responsabilité liée à l'éloignement de tous les plateaux techniques et par les horaires déments que nos anciens assurent encore.

D'autre part, l'organisation de la profession pour le moment ne permet pas réellement qu'un jeune pratique un jour dans le nord de la région, un autre dans l'est, un autre dans l'ouest et le dernier dans le centre. Il y a là probablement aussi une adaptation de la profession au niveau ordinal à mettre en place.

Cédric Duboudin, responsable statistique, ARS Franche-Comté

Je rejoins le point de vue sur la nécessité d'estimer le besoin, mais je pense qu'en amont, il y a le concept même de besoin, qui, dans ce domaine, est très difficile à déterminer. Qu'est-ce qu'on entend par besoin ? D'autant plus que, si nous ciblons une pathologie, nous n'aurons pas forcément le même sentiment de besoin dans toutes les régions de France et cela dépendra également de l'offre. C'est une problématique complexe et interdépendante avec l'offre et tant que nous n'aurons pas posé le concept, nous aurons beaucoup de mal à aborder la question des données.

Muriel Prudhomme, médecin, directrice de la PMI, Conseil générale de l'Essonne

Je suis probablement dans la salle un des rares médecins à exercer en structure ambulatoire publique et je pense que ces structures ont fait la preuve de leur efficacité en termes d'accessibilité pour l'ensemble de la population. En effet, dans ces structures, il y a une gratuité des soins et donc pas de reste à charge pour le malade. Cela est à souligner, car le reste à charge constitue actuellement un frein à l'accès aux soins pour les malades. Effectivement, il y a la question des rendez-vous, mais il y a surtout aussi la question du coût. En Essonne, nous avons fait une étude la semaine dernière ; 65 % de la population disait avoir des difficultés financières pour accéder à des soins ; il s'agissait d'un sondage tous publics, tout venant. Je crois que nous avons fait la preuve de notre capacité à être accessibles financièrement à l'ensemble de la population et surtout, nous avons fait la preuve de la capacité à avoir une forme d'exercice qui, d'une part, prend en charge la santé globale, c'est-à-dire à la fois la prévention, le soin et l'éducation pour la santé, et qui, d'autre part, est relativement bien placée pour la prise en charge des pathologies chroniques avec des possibilités d'évolution, puisque nous sommes dans des équipes pluridisciplinaires, ce qui permet à la fois des décroisements entre médecine générale et spécialistes et entre différentes professions, les infirmiers, les kinésithérapeutes. Ce matin, on m'a répondu que l'on n'avait pas de données sur la médecine publique ambulatoire, c'est bien dommage. Je dirige un service de protection maternelle et infantile (PMI) et cette structure publique nous permet d'envoyer des médecins dans les endroits les plus reculés du département, là où des jeunes médecins ne voudraient pas s'installer, parce qu'effectivement, ils veulent des écoles pour leurs enfants et du travail pour leur conjoint. Mais nos professionnels y vont quelques jours par semaine et vont dans d'autres lieux à d'autres moments, ce qui leur permet d'avoir un exercice relativement varié. On dit qu'ils coûtent cher... Effectivement, cela repose la question du paiement à l'acte qui n'est pas adapté aux enjeux actuels, nous l'avons vu pour l'hôpital, mais qui n'est pas adapté non plus à la médecine ambulatoire. Cela pose la question du statut du praticien, parce qu'effectivement, la grille des médecins salariés de la fonction publique territoriale par exemple est extrêmement mal adaptée actuellement au recrutement des praticiens. Je pense qu'il y a un enjeu à faire évoluer ces choses, à avoir une grille de praticiens ambulatoires, et à avoir ces structures d'action collective qui permettent des mutualisations, des décroisements.

Réponses des intervenants

Hervé Maurey

Pour que les choses soient claires, je suis convaincu que le modèle que l'on a connu jusqu'à une époque très récente ne peut pas durer. Je ne fais pas du tout partie de ces élus qui considèrent que l'on pourra à l'avenir avoir un médecin dans chaque village. J'entends l'argument selon lequel il faut imaginer un autre modèle, d'autant que cela a encore été rappelé à l'instant. Les médecins, nous pouvons le comprendre, aspirent à des modes de vie différents de leurs aînés qui étaient un peu « taillables et corvéables à merci », de jour comme de nuit. L'important est d'avoir un autre modèle, qui satisfasse les besoins. C'est pour cela que tout à l'heure, je disais, qu'au-delà des statistiques, il y a la réalité du temps d'attente pour un rendez-vous, et des conséquences que cela peut avoir.

Pour répondre à la question qui m'a été posée, je suis tout à fait conscient que la maison de santé n'est pas la panacée. J'en suis tout à fait conscient, parce que, dans mon département, j'ai un certain nombre d'exemples d'élus qui ont « monté » des maisons de santé, mais sans

médecin. Il est évident que c'est un gaspillage d'argent public. Je suis bien conscient que la maison de santé n'a d'intérêt et de pertinence que si nous avons des médecins et des acteurs de santé qui sont, dès l'origine, partie prenante. Ce n'est d'ailleurs pas toujours facile. J'ai auditionné la semaine dernière à l'Ordre des médecins de mon département pour avoir le retour des hommes et des femmes de terrain ; une femme médecin me disait qu'elle n'avait aucune envie d'aller dans une maison de santé, parce qu'elle avait déjà son cabinet qu'elle avait payé. Les maisons de santé, il faut que les médecins y adhèrent dès l'origine, sinon, cela n'a aucune chance d'aboutir et je pourrais développer les exemples qui malheureusement le montrent. Contrairement à ce que beaucoup disent, notamment chez les étudiants en médecine, le médecin, une fois installé, n'a pas toujours envie d'aller dans une maison de santé.

Pour dire un mot au représentant de l'ARS de Franche-Comté qui avait l'air de dire que, finalement, les besoins étaient une notion relative : encore une fois, devoir attendre six mois pour avoir un rendez-vous chez un ophtalmologiste et faire redoubler un enfant parce qu'il n'a rien vu de toute l'année au tableau, c'est une réalité avérée et c'est un véritable scandale, parce que c'est une atteinte au principe d'égalité devant la santé.

Catherine Aubry

Vous me permettez de répondre sur les maisons de santé. Je pense qu'il y a « maison de santé » et « maison de santé ». Quand j'entends « des élus font des maisons de santé », je pense qu'encore une fois, il n'y a pas de modèle unique, mais il faut peut-être s'intéresser aux professionnels de terrain qui ont envie justement de ces structures... Le projet médical doit être antérieur aux locaux, c'est-à-dire qu'il faut avoir envie de construire un projet médical en premier lieu.

Je voulais répondre aussi à madame Prudhomme, qui travaille en maison de santé, sur le fait qu'il n'y a pas de modèle unique. Je vous rejoins tout à fait, et nous nous rejoignons sur nos notions de territoire : il faut savoir définir précisément comment est ce territoire de santé, et quels sont ses besoins de santé. L'Observatoire régional de santé (ORS) fait des études de territoires basées sur beaucoup de critères qui nous rendent de grands services, mais il faut également appréhender les ressources locales en professionnels de santé, en associations, en établissements, etc. Ensuite, il faut bâtir un projet de santé pour répondre aux besoins des populations en soins, mais aussi en prévention, en éducation à la santé, en dépistage de facteurs de risques et pouvoir travailler ensemble sur toutes ces problématiques. J'insiste sur le fait qu'il n'y a pas de modèle unique. Si, dans un territoire, il s'avère que le centre de santé salarié est la meilleure des solutions, il faudra le monter ; si c'est une maison de santé, il faudra la faire faire par les professionnels. La solution peut aussi être une autre organisation, avec des pôles de santé qui regroupent un établissement hospitalier, un médecin, une association de soins à domicile, etc. Il faut complètement repenser l'organisation des soins primaires actuellement.

Jean Gallais

Pour le progrès, il y a de nombreuses variables et une des illusions de la biomédecine est que le progrès est technique et pharmacologique, alors que dans la situation où nous sommes, le progrès est entre autres organisationnel. C'est un élément important pour lequel nous avons des outils différents. Quand vous évoquiez les médecins salariés, la dispense d'avance de frais et le tiers payant sur un tarif opposable dans l'accès aux soins sont des aspects facilitants qui doivent être organisés en ambulatoire. Un certain nombre de professionnels les réclament d'ailleurs. Pour chaque limite ou dysfonctionnement, voyons ce que nous pouvons faire. Les

questions qui ont été débattues sur l'accès aux soins et sur les dépassements sont des éléments importants, mais il ne faut pas que l'arbre cache la forêt. Ces difficultés entraînent quelque chose de relativement fâcheux sur le plan des représentations sociales. Ces visions des problèmes auraient tendance à dégoûter un peu les professionnels alors qu'en réalité, des modalités organisationnelles sont possibles.

Quand nous parlons de maisons de santé, c'est avec des murs ; quand nous impliquons des équipes de soins de proximité, il s'agit du maillage actuel articulé des acteurs. Très souvent, les solutions nécessaires sont de cette nature.

Cela passe par différents modèles selon les contextes. Vous dites que pour travailler ensemble, des professionnels doivent partager des valeurs. C'est un élément essentiel, mais ils ne les partagent pas toutes. Pourtant, ils peuvent partager des procédures, ainsi que des outils ou des projets. Et nous verrons, à ce moment-là, qu'en fonction des thématiques, qu'en fonction de la contractualisation locale par exemple, soit au niveau des ARS, il est possible de se servir de différents leviers.

La convention médicale en est un et elle ne concerne pas que les médecins, mais l'ensemble des professionnels. La loi est un outil national possible, l'action régionale en est un autre. Il faut renoncer à l'illusion d'un modèle unique, parce que nous savons que ce n'est pas possible sauf à vouloir se dresser l'ensemble des professionnels et à en faire un bloc s'opposant à tout. À moins que l'objectif soit que rien ne change, mais à ce moment-là, c'est une autre question...

Pierre-Jean Lancry

Pour répondre à mon collègue de l'ARS Franche-Comté, il faut définir le concept de besoin. Vous savez bien qu'une société ne se pose que les problèmes qu'elle sait résoudre, comme le disait un grand philosophe du XIX^e siècle. Tant que nous continuerons à dire que nous allons chercher à mieux cerner, à mieux répartir l'offre, etc., nous serons dans une logique d'offre. En prenant les concepts de l'économie de la santé, le besoin est appréhendé par la demande de santé. Il faut avoir une analyse de la demande. Nous ne l'avons pas, parce que nous ne sommes pas dans cette logique pour l'instant. Mais il faut la construire, sinon nous continuerons à ne voir qu'un aspect des choses. Cet aspect est utile, cela a été montré notamment cet après-midi, mais nous n'avancerons pas tant que nous ne voudrions pas changer d'approche. Dans la question des maisons de santé, ce n'est pas le local qui me préoccupe, mais c'est de savoir quelle est la population concernée et quel apport peuvent avoir des professionnels de santé en réfléchissant ensemble à un projet. Après, nous verrons s'il faut une maison ou une organisation type pôle de santé qui ne nécessite pas forcément une construction.

Olivier Obrecht

Tout d'abord, il est vrai que le besoin est très difficile à quantifier et là, il faut raisonner en termes de délais de réponse du système. L'offre absolue est une chose et nous avons vu que les outils statistiques se raffinent de plus en plus. Nous avons d'ailleurs de très jolies cartes, mais, en même temps, c'est bien la réalité du terrain qui doit gouverner ensuite dans les réponses qui sont apportées. Vous avez totalement raison, attendre six mois un rendez-vous de consultation de spécialité, ce n'est pas acceptable aujourd'hui compte tenu des niveaux d'offres que nous avons. Simplement, Pierre-Jean Lancry rappelle qu'à partir des situations constatées sur le terrain, les modèles d'organisation de la réponse ne sont pas forcément uniques et ne passent pas nécessairement par ce à quoi nous avons été habitués : des cabinets bien identifiés, dans des lieux fixes. Il y a sans doute d'autres modalités de réponse à ce qui est

objectivement un besoin. Le besoin est-il ressenti ou est-il réel ? En tous les cas, il s'exprime.

Le modèle de déploiement de l'offre doit évoluer à partir du besoin et c'est là le sens du plan en préparation sous l'égide de la ministre. En ce qui concerne les soins de proximité, il vise à avoir des engagements de service par rapport à des délais pour des réponses ou par rapport à un parcours de soins organisé pour certains malades ou certaines populations. C'est cela qui, aujourd'hui, doit guider notre action. Ce n'est pas tant la structure, puisqu'elle n'est jamais qu'une modalité de déclinaison organisationnelle d'un cahier des charges. Une fois que nous avons dit cela, nous voyons bien que la situation de la Basse-Normandie n'est pas forcément la même que celle du Cantal ou du Val-de-Marne. Donc, les situations de départ au regard des répartitions de l'offre n'ont évidemment rien à voir.

Seconde réponse à la question concernant l'offre de soins ambulatoires publics. Là encore, les modalités de réponse, à partir du moment où nous considérons que la puissance publique n'est comptable que d'une garantie d'un délai de réponse et d'une pertinence de la réponse par rapport à une demande exprimée, les modalités de la réponse ne sont pas univoques et les centres de santé aujourd'hui – il y a 1 500 centres de santé en France dont à peu près 500 en médecine de premier recours, soit unique, soit polyvalent – ont une place évidente dans l'offre de soins. Il y a des lieux, des zones urbaines sensibles, où ils sont même les seuls aujourd'hui pour apporter l'offre de soins. De ce point de vue, la ministre a également clairement dit que toutes les modalités de réponse sont licites, à partir du moment où l'engagement est proposé par les ARS. Une échéance importante arrive en 2013, la renégociation de la convention nationale des centres de santé.

Enfin, vous avez évoqué le paiement à l'acte inadapté, je ne sais pas si c'est le paiement à l'acte qui est inadapté ou s'il faut aujourd'hui envisager d'autres modalités de rémunération, d'engagement de service qui soient plus liées au contact individuel entre un professionnel et un patient. Ce qui est visé, c'est comment l'organisation du système peut permettre, dans le contexte institutionnel qui est le nôtre, dans lequel la médecine ambulatoire est majoritairement rémunérée par le biais du paiement à l'acte, d'introduire des variables d'organisation du système dont la rémunération ne passe par une rémunération individuelle liée à un nombre de malades vus.

La convention médicale de 2011 a prévu les prémices d'une organisation avec des éléments de qualité dans ce qui est appelé les rémunérations sur objectif de santé publique. Très clairement, la réflexion actuelle menée sous l'égide du cabinet de la ministre va dans ce sens-là, c'est-à-dire celui de promouvoir et d'aider à la constitution d'équipes fonctionnelles pour une meilleure coordination, une meilleure organisation du système. C'est tout l'enjeu des années à venir. Ce n'est pas que le paiement à l'acte est inadapté, c'est qu'il est adapté uniquement à certaines choses. En revanche, plus nous faisons de l'intégration, plus nous faisons de la coordination, plus sans doute, en effet, c'est un autre modèle qu'il faut envisager. Nous sommes bien, là aussi, en termes de soins ambulatoires, avec l'émergence des maladies chroniques, dans un nouveau modèle de déploiement de l'offre qui impose aussi de passer par d'autres modalités de rémunération des professionnels.

Quels sont les progrès passés ou à venir des systèmes d'information sur l'aspect géographique aux soins ?

Baudouin Seys

Je vous remercie pour les réponses. Nous allons passer à la seconde partie de la table ronde. Quelles avancées récentes ont permis de mieux éclairer la problématique de l'accès aux soins à un niveau géographique fin ? Et comment devons-nous compléter les systèmes d'information dans les années à venir ?

Jean Gallais

Il serait dommage de ne pas appliquer dans le domaine de la santé tout ce que nous faisons ailleurs, en particulier l'utilisation personnelle de tous les outils sur support électronique. Historiquement, les SROS concernaient le secteur hospitalier. Ils sont désormais étendus aux secteurs ambulatoire et médicosocial. Cela suppose donc de disposer de données sur ces secteurs pour éclairer les situations et les décisions locorégionales. Or, nous ne disposons que de données parcellaires.

Nous n'avons pas prononcé jusqu'à présent les termes : « médecin traitant » et « parcours de soins ». Nous pouvons utiliser ces vecteurs comme fil rouge associé aux données de consommation et de prescription. Actuellement, nous avons des données de contexte non assorties de données cliniques, notamment des données fines, et celles disponibles sont d'interprétation difficile, car sans lien clinique suffisant. Cette question se pose de façon ancienne. Nous y avons répondu de façon partielle avec des enquêtes thématiques, des panels, quelques cohortes, mais il manque des données sur les soins quotidiens délivrés au plus grand nombre. Je dis cela en tant que directeur du Conseil scientifique de la Société française de médecine générale (SFMG), laquelle a initié il y a maintenant près de vingt ans, ce long chemin pour la construction d'un système d'information et d'observation dans lequel les pratiques quotidiennes en médecine générale seraient collectées en continu.

Quelles alternatives pour l'ambulatoire ? Des réponses ont été construites au cours du temps ; il reste à les développer. Nous avons des tableaux de bord sur les prescriptions, des tableaux de bord avec l'ATIH à travers les données de remboursement. Il manque les données de chaînage des soins et surtout celles relatives aux parcours de soins.

Les systèmes d'information sont méthodologiquement plus difficiles et complexes qu'on ne le croit, plus difficiles à mettre en œuvre, plus fragiles qu'on aimerait, et moins financés qu'espéré bien que l'enjeu soit important. Cet enjeu est, d'une part, l'analyse des besoins, anciens ou émergents, et, d'autre part, la meilleure compréhension et évaluation de ce qui se passe dans le fonctionnement et l'articulation du système.

Si nous reprenons le fil du médecin traitant, nous pouvons avoir une meilleure identification de ce qui se fait en termes de production par le médecin lui-même, de ce qui se fait en termes d'orientation auprès des autres professionnels et de ce qui va se jouer dans la circulation de l'information utile entre ces professionnels de proximité et les autres acteurs indispensables, en fonction des moments et des trajectoires. Tant que nous n'aurons pas des éléments suffisamment pérennes au plan national, nous serons en difficulté, parce que je ne crois pas que nous puissions développer de tels outils dans toutes les régions. En revanche, au niveau régional, on peut s'appuyer sur des enquêtes, à jour donné ou à semaine donnée. Les systèmes en continu s'inscrivent dans la longue lignée des cohortes dont nous connaissons l'utilité pour piloter et évaluer le système. Compte tenu du coût du système de santé et des bénéfices attendus, un tel investissement est modeste.

Pierre-Jean Lancry

Un des objectifs qui a été demandé par la ministre de la Santé – c'était d'ailleurs une promesse du Président – est de permettre un accès à un service d'urgences – service hospitalier ou SMUR – en moins de trente minutes. Nous avons fait nos calculs et nous avons trouvé que 99,4 % de la population est bien desservie. Et puis, avec l'aide méthodologique de la DREES, une nouvelle méthode a été utilisée (distancier Odomatrix développé par l'Institut national de la recherche agronomique [INRA])... qui ne donne pas les mêmes zones non desservies dans ce laps de temps. Ensuite, la DREES a développé une autre méthode avec un distancier INSEE et qui aboutissait à d'autres résultats encore, ce qui est un peu gênant. Avoir des systèmes robustes quand nous gérons de l'information est primordial. Il faut une bonne utilisation de systèmes robustes et avoir une aide méthodologique pour savoir utiliser les données. Enfin, parce que c'est l'avenir et parce que les ARS ont été conçues pour cela, il faut faire du transversal. Une des difficultés aujourd'hui, c'est la mise en place dans les cinq ans d'un système d'information lié au parcours de santé. Il faut le mettre en place, et avoir une approche qui dépasse la notion d'offre. Beaucoup de personnes réfléchissent à cette idée de parcours. La question pour nous est de savoir si ce qui a été conçu de manière théorique fonctionne bien dans la réalité. Là-dessus, aujourd'hui, il n'y a pas grand-chose...

Catherine Aubry

Pour répondre à votre question, avoir des données fiables, être possesseur de ses propres données de santé pour la médecine ambulatoire, et faire des travaux de recherche en médecine générale, est important. En effet, quand on parle de soins primaires, la Sécurité sociale et l'Assurance maladie parlent de coûts, de nombre d'actes, de nombre de postes de classifications communes des actes médicaux (CCAM) cliniques, etc., mais personne ne sait ce qui se passe dans une consultation de soins primaires. Nous ne savons pas exactement quels sont les enjeux d'une consultation, ce qui est quand même très important.

Puisque nous parlons d'évolution du système de soins, j'ai envie de vous parler des effecteurs futurs. Les effecteurs futurs sont les médecins, les internes de médecine générale qui sont en formation médicale initiale. Je pense que la médecine de premier recours a quand même peut-être un peu d'espoir. Il y a des épreuves nationales classantes avec des choix de spécialité et cette année, le 26^e sur les 8 000 internes a choisi la médecine générale ; il y a quelques années, seuls les derniers la choisissaient. Les futurs médecins sont formés à la globalité de la prise en charge des personnes, à la prévention, à la pluridisciplinarité ; il est important de leur construire des modes d'exercice qui leur conviennent. Comme le disait le représentant du Conseil de l'Ordre ce matin, il faut quand même qu'ils aient aussi une articulation entre leur vie professionnelle et leur vie privée et qu'on ne leur demande pas ce qui serait inenvisageable de demander à d'autres professionnels.

Les données de santé, la recherche en médecine générale, la recherche pour savoir exactement ce qu'est une prise en charge primaire, tout cela est essentiel. Il y a dix ans à peu près, en internat de médecine générale, nous avions des promotions de 10 internes ; cette année, nous avons une promotion de 85 internes qui n'ont pas choisi la médecine générale par défaut, mais qui sont restés même s'ils étaient bien classés. Cela veut dire qu'ils ont envie de faire ce métier et que les hommes politiques peuvent se dire que demain, il n'y aura peut-être pas de médecins dans les déserts médicaux, mais il y aura au moins des médecins qui soigneront la population. Les politiques veulent que la population soit soignée avec des soins de qualité. Ce n'est pas forcément multiplier les actes qui fait la médecine de qualité, c'est pour cela qu'il faut quantifier ce qui est fait.

Enfin, nous avons parlé de parcours de santé, de soins, des SROS ambulatoires et hospitaliers, mais nous avons oublié de parler de l'articulation entre l'hospitalisation et l'ambulatoire. Il faut organiser cette articulation : les patients qui arrivent à l'hôpital sont traités comme s'ils n'avaient pas eu de vie et de suivi médical avant. Quelquefois, des examens sont redondants. Ce que je voudrais pour l'avenir, c'est aussi organiser une meilleure articulation sur les entrées et les sorties de l'hôpital, les examens, etc. C'est aussi une piste à creuser.

Hervé Maurey

Je suis encore moins statisticien que le docteur Aubry, mais je souhaiterais avoir des médecins et ne plus avoir de déserts médicaux, parce que, encore une fois, nous ne pouvons nous satisfaire d'une situation où nous avons des médecins, mais tous concentrés au même endroit. Le rôle des politiques est de se soucier aussi du fait que sur l'ensemble du territoire français, la population ait à peu près droit aux mêmes services. La santé est, à mon sens, le premier des services que la population attend.

Pour en revenir à la question du devenir des statistiques, il est vrai que nous avons aujourd'hui une multitude de statistiques. Ce que disait le représentant de l'ARS sur la difficulté d'établir la liste des sites qui seraient à plus de trente minutes d'un centre hospitalier montre bien que les statistiques sont multiples et ne sont pas homogènes. Quand nous découvrons le sujet, ce qui est mon cas, nous voyons qu'il y a les statistiques de la DREES, celles de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), celles des ARS, celles de l'Ordre des médecins, etc. Il y a besoin, sans doute, d'arriver à clarifier, homogénéiser et peut-être unifier ces statistiques. Et, surtout, nous avons besoin d'avoir des statistiques plus qualitatives. L'association Union fédérale des consommateurs Que choisir (UFC Que choisir) serait en train d'établir des statistiques ou des données de cette nature. Il me paraît essentiel que sur une matière comme celle-là, nous soyons aussi dans l'appréhension du qualitatif et pas simplement dans l'examen de données un peu brutes qui ne révèlent pas forcément la réalité des situations.

Olivier Obrecht

Sur l'aspect systèmes d'information, j'ai entendu deux choses et de fait, il y a bien deux éléments différents.

Le premier est la statistique d'aide à la décision, mais là, il faut être résolument modeste, la vérité n'est pas dans les chiffres. Pierre-Jean Lancry l'a bien expliqué à l'instant, nous faisons diverses approches, plus raffinées les unes que les autres et, par définition, nous ne tombons pas exactement sur la même chose. Nous voyons bien que les statistiques en santé sont un outil d'aide à la décision, parce qu'elles permettent de pointer le regard sur les endroits où il faut se poser des questions en termes fonctionnels, c'est-à-dire en termes d'offre en réponse à une demande exprimée par la population sur un territoire. D'ailleurs, à cet égard, on peut souhaiter que dans trois ans, lorsque la question des zonages redeviendra d'actualité, l'on s'y prenne radicalement différemment qu'en 2011. Il n'y a rien de pire que de réfléchir de façon totalement segmentée par profession et dans des logiques qui étaient quelque part des logiques du passé. Mais c'était normal, puisque les ARS arrivaient et puisque les zonages existaient déjà auparavant. Là, nous sommes dans le pur produit de la statistique, les zonages sont liés à des densités, des sous-densités par rapport à une moyenne. En fonction de ces densités, nous définissons des territoires sur lesquels nous accompagnons ou subventionnons certains projets, voire éventuellement interdisons l'installation de professionnels supplémentaires autres que médecins. Ce n'est pas une réponse globale à un cahier des charges d'offres, mais une approche purement statistique dont nous voyons les limites. Je ne suis pas

en train de dire que cela ne sert à rien, je dis simplement que cela doit être mis à sa juste place : le chiffre éclaire, mais le chiffre n'est pas la décision.

Le second élément est d'avoir un système d'information pour permettre l'échange de données. Il y a une attente de la part des professionnels et nous sommes très soucieux de cette attente. Pour travailler différemment, il faut être capable d'être interconnectés. Il y a, d'une part, l'aspect « cloison », mais également le besoin d'outils pour dialoguer et nous en manquons encore aujourd'hui. Même si l'Agence des services d'information partagée en santé (ASIP) est en train de labelliser un certain nombre d'outils pour les cabinets des professionnels et pour les maisons de santé, il y a tout un travail à mener de formalisation des systèmes d'information, notamment en médecine ambulatoire. Il faut rendre ces systèmes communicants et sécurisés pour permettre aux professionnels de s'échanger des données. Car la coordination sans échanges de données n'est pas possible. Cela étant, il ne faut pas négliger les difficultés importantes que nous avons par rapport à cela, puisque les données échangées sont des données sensibles. Nous nous heurtons rapidement aux difficultés de la confidentialité. Même dans un réseau de santé, l'échange de données à caractère médical est illégal. Il n'y a que deux exceptions légales en France, c'est dans le cadre des maisons de santé depuis la loi Fourcade et antérieurement à l'hôpital où nous considérons que l'entrée dans un système de santé de type hospitalier vaut partage d'informations dans le cadre du secret professionnel dans une équipe. Cela n'est absolument pas le cas pour toute autre formule de coordination informelle des soins, y compris, et j'insiste, dans les réseaux. C'est à la puissance publique de permettre, de rendre possibles ces coordinations. Il n'en demeure pas moins que monsieur Gallais a pointé l'élément important du système : aujourd'hui, nous avons des données de consommation qui ne sont pas reliées au diagnostic, sauf pour les malades en affection longue durée (ALD). Or, cela fait vingt ans que c'est prévu dans la loi Teulade et que cela n'a jamais été mis en œuvre, parce qu'il y avait des résistances extrêmement fortes dans le système et qu'il n'y a pas d'évaluation sans connaissance. Mettre en place un système de connaissance, c'est aussi permettre l'évaluation. La France est aussi un pays qui n'a pas une grande culture de l'évaluation, de l'autoévaluation, voire de l'évaluation externe.

Les lignes sont en train de bouger, mais un certain nombre de données fortes et fondamentales dépendent des systèmes d'information. Elles vont être le facteur limitant des cinq prochaines années pour réellement avoir un saut qualitatif dans le développement de la coordination et des parcours de soins qui est, aujourd'hui, le nouveau mantra de l'action publique après la coordination et les réseaux. Si nous voulons aller au-delà, il y a à l'évidence un gros chantier. Les professionnels l'ont signalé et je vois cela comme un point extrêmement positif que ce soit les professionnels du terrain qui disent que si l'on veut faire mieux et plus, les systèmes d'information vont être le facteur limitant.

Échanges avec la salle

Cédric Duboudin

Je suis tout à fait d'accord avec le fait que le temps de délai pour les prises de rendez-vous est un facteur tout à fait important et c'est certainement un des motifs de recours aux services d'urgences, puisque, dans un même espace-temps, en un même lieu, nous avons le tout-en-un.

Sur cette question des systèmes d'information justement et sur la question du délai pour avoir un rendez-vous, pourrait-on aller vers des systèmes avec des agendas partagés, ou des systèmes qui permettraient à la population de voir qu'effectivement, l'obtention d'un rendez-vous pour tel professionnel à proximité met six mois, mais qu'il y en a peut-être un autre qui n'est pas si loin que cela et qui a peut-être un rendez-vous possible dans un mois ? Nous serions alors vraiment dans des systèmes d'information partagés, et nous avons des outils Web aujourd'hui qui permettraient cela. En effet, il y a des problèmes de culture et de partage, etc., mais la technologie aujourd'hui le permet.

Nathalie Fourcade, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, DREES

Pour en revenir à ce qui a été dit sur les zones qui sont à plus de trente minutes d'accès des services d'urgences et sur les distanciers, je vais aller dans le sens de ce qui a déjà été dit, nous voyons bien que pour des outils, même en apparence aussi simples que des distanciers, les résultats dépendent de conventions : est-ce qu'on raisonne en heures creuses ? Est-ce qu'on raisonne en heures pleines ? Est-ce qu'on tient compte du fait que les transports d'urgence, justement, ne sont pas tenus de respecter les limitations de vitesse ? Cela dépend aussi d'autres aspects comme les dates de mise à jour des différents distanciers. Un point qui est revenu, tout au long de la journée, c'est le fait que les statistiques en elles-mêmes ne donnent pas l'alpha et l'oméga d'une situation ; elles présentent des limites. La question des zones qui sont à plus de trente minutes d'un service d'urgences a fait l'objet d'un dialogue très approfondi avec les ARS. En effet, nous avons donné les résultats des zonages en fonction des distanciers utilisés et cela a été modulé en fonction des diagnostics que portaient les acteurs locaux. C'est une ambition pour l'ensemble des outils qui ont été présentés aujourd'hui.

Hervé Maurey

Le représentant de l'ARS de Franche-Comté, à juste titre, dit que les nouvelles technologies permettraient d'avoir une meilleure connaissance de la situation, notamment une meilleure connaissance des carnets de rendez-vous des médecins. Il a tout à fait raison, mais, malheureusement, nous observons que ce sont les mêmes territoires qui ont une mauvaise couverture numérique et qui n'ont pas de médecins. Quand nous parlons justement de l'intérêt de développer la télémédecine dans les zones sous-médicalisées, nous retombons sur le même problème. Là aussi, c'est quelque chose que j'ai pu vivre dans mon département où certains souhaitent développer la télémédecine. C'est une très bonne idée, mais quand nous n'avons pas un haut débit à des niveaux satisfaisants, c'est totalement chimérique. Nous retombons donc sur la double-peine de certains territoires.

Xavier Vitry, chargé de mission géographique de la santé, ARS Rhône-Alpes

Les systèmes d'information qui, aujourd'hui en France, fonctionnent, sont des systèmes d'information nationaux, parce qu'un opérateur est chargé de la collecte, que ce soit l'INSEE, la DREES, la CNAM, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Si nous pre-

nons par exemple les CS8¹, les médecins remplissent les certificats envoyés au département. Il est laissé à la libre appréciation des départements de mettre ou non les moyens pour faire tout ou partie de la saisie. Il n'y a aucune homogénéité. Un des enjeux du recueil de données, qu'il soit associé à des données médicales ou sociales, est l'uniformité des données recueillies. Sur un département, il peut être éventuellement intéressant de travailler sur des CS8. Au niveau d'une région, c'est absolument impossible. En Rhône-Alpes, nous avons huit départements, il est impossible de travailler là-dessus, car nous avons huit façons de faire le travail de recueil. Ce serait possible avec l'organisation d'un système unifié par thématique ou par organisation. Tout cela coûte extrêmement cher, il faut y mettre les moyens pour produire de la qualité et produire des informations qui soient fiables. Vous parliez aussi d'informations de plus en plus raffinées. En statistiques, toute publication devrait systématiquement comporter la méthodologie retenue et les données utilisées pour arriver au résultat, de façon à ce que ce dernier soit reproductible ou réutilisé à d'autres usages.

Baudouin Seys

En général, c'est le cas. La seule difficulté, c'est qu'il y a différents types de publications et qui, dans le timing, ne paraissent pas forcément toujours en même temps. À un article de quatre à six pages est souvent associée, dans les semaines ou mois suivants, une publication plus volumineuse décrivant de façon détaillée ce que vous demandez. Nous ne pouvons pas reprocher au système français d'être opaque sur ses méthodes.

Après, vous avez posé le problème de l'harmonisation nécessaire des statistiques des départements, je reconnais que c'est un chantier du prochain moyen terme.

Pierre-Jean Lancry

Je ne suis pas sûr que ce soit un problème d'harmonisation des statistiques. Par exemple, dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), on étudie les dossiers et des propositions sont faites pour chaque cas par les personnes siégeant autour de la table. D'un département à l'autre, même au sein d'une même région, vous allez constater des différences de pratiques entre les MDPH pour gérer les cas qui leur sont présentés. Cela ne va pas être un problème de statistiques, de difficultés pour avoir un outil homogène de relevé, parce que cela, nous pouvons l'obtenir. Ce qui pose problème, c'est de connaître les différences de pratiques. Aujourd'hui, dans la Manche, par rapport au Calvados ou à l'Orne, les pratiques sont différentes parce que vous avez beaucoup moins de titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou du revenu de solidarité active (RSA) qu'ailleurs, mais beaucoup plus de titulaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH). C'est une question d'hétérogénéité des pratiques, pas de recueil statistique. Nous pourrions avoir une même méthode à appliquer dans tous les départements, mais vous n'aurez pas réglé le problème pour autant, à savoir l'harmonisation des pratiques, problème majeur quand vous devez conduire une politique de santé.

Baudouin Seys

Nous n'allons pas entamer le débat très vaste sur la décentralisation. Je vais clore ce colloque. Je remercie toutes les personnes de la DREES qui ont organisé ce colloque. Les comptes rendus montreront que nous avons engrangé beaucoup d'informations utiles pour les années qui viennent. Merci à tous.

1. Certificat de santé du 8^e jour. Il permet de connaître l'état de santé des nouveau-nés à une semaine de leur naissance.

Un partenariat INSEE-DREES pour réunir et développer des outils d'analyse de l'accès géographique aux soins

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont mis leurs compétences en commun pour réaliser un kit rassemblant des outils d'analyse de l'accessibilité des services de santé en ville ou en établissements sanitaires. Pour réaliser ce projet, les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de l'INSEE de Bretagne et du Limousin ont été leurs partenaires de terrain. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont également contribué au projet, notamment en participant aux comités de pilotage. Sur le plan technique, le kit « Accès aux soins » a été développé par le pôle de service de l'action régionale de l'INSEE spécialisé dans l'analyse territoriale, en collaboration avec la DREES.

Ce kit propose des outils, classiques ou novateurs, pour caractériser l'organisation spatiale et le recours au système de soins avec une méthode homogène sur l'ensemble du territoire. Il permet ainsi de mener des comparaisons entre les régions, à une échelle commune de restitution : région, département, territoire de santé, bassins de vie, commune ou encore des zonages nés du regroupement de plusieurs communes.

Disponible par partenariat avec les directions régionales de l'INSEE, ce kit permet de nourrir la réflexion des acteurs régionaux, autour de l'ARS.

Indicateurs disponibles

Pour les différentes spécialités hospitalières ou professions de santé disponibles, le kit fournit :

- des temps d'accès dits « théoriques », c'est-à-dire au service de santé le plus proche, pour chaque commune ;
- des temps d'accès effectivement observés aux services de santé, à comparer aux temps d'accès théoriques, pour chaque commune ;
- au niveau de zonages de taille variable, des indicateurs avancés de densités de professionnels de santé, ainsi que des indicateurs d'activité locale ou d'activité pour les personnes résidant à l'extérieur du territoire ;
- un outil permettant de simuler les déplacements de patients si l'offre de soins était modifiée (implantation ou regroupement de services hospitaliers) ;
- un volet dynamique avec une comparaison des temps d'accès aux maternités en 2001 et en 2010.

Les temps sont calculés grâce au logiciel Odomatrix, développé par l'Institut national de la recherche agronomique (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.

Champ et sources

Le kit « Accès aux soins » mobilise principalement deux bases de données : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les soins hospitaliers et le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour les soins de ville.

Soins hospitaliers

Les indicateurs sont détaillés pour la plupart des prises en charge de court séjour, c'est-à-dire **la médecine, la chirurgie et l'obstétrique** (MCO). Une trentaine de spécialités sont prises en compte. Elles correspondent à 14 millions de séjours, soit 80 % des séjours de MCO. Les séjours non retenus concernent entre autres la médecine vasculaire, les affections de la période périnatale, les maladies infectieuses, la psychiatrie, la toxicologie, ou encore la chirurgie interspécialités.

Les 32 spécialités du champ MCO 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.

En hospitalisation à domicile (HAD), le kit identifie les zones où aucun patient n'a été pris en charge.

En psychiatrie, les sources actuellement disponibles ne permettent pas de calculer des temps d'accès aux différents services de ces établissements, du fait des nombreuses structures extra-hospitalières existantes rattachées à un établissement (les données sont souvent agrégées au niveau de l'établissement et ne reflètent ainsi pas la réalité des déplacements). Cependant, pour illustrer le poids des prises en charge hospitalières, notamment ambulatoires, relativement aux prises en charge en ville, le kit met à disposition des tableaux mettant en regard le nombre de consultations auprès des psychiatres libéraux avec le nombre de journées de prises en charge à temps complet ou partiel et le nombre d'actes réalisés dans le cadre de prise en charge ambulatoires à l'hôpital.

Les **soins de suite et de réadaptation (SSR)** n'ont pas non plus été intégrés dans le kit, car les sources de données de l'année 2010 ne permettaient pas encore de ventiler l'activité selon les spécialités définies par les décrets de 2008, ce qui limitait grandement l'intérêt de travailler sur le moyen séjour pour l'instant. Il est prévu de les intégrer avec le détail par discipline lors de la prochaine actualisation du kit.

Soins de ville

Les professionnels libéraux de **premier recours** ainsi que les spécialistes en **accès direct spécifique** sont intégrés dans les analyses : médecin généraliste, pharmacien (pour certains indicateurs seulement), infirmier (hors services de soins infirmiers à domicile), masseur kinésithé-

rapeute, chirurgien dentiste, gynécologue, ophtalmologue, pédiatre, psychiatre, sage-femme. Pour les médecins généralistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres, les analyses peuvent aussi être menées sur les seuls professionnels en secteur 1. L'activité des centres de santé n'est en revanche pas prise en compte dans cette version du kit.

Année et actualisation

Le kit se fonde sur les données de l'année 2010 ; une actualisation est prévue tous les trois ans environ.

Contacts

Pour l'utilisation du kit dans votre région, veuillez prendre contact avec le service études et diffusion de la direction régionale de l'INSEE.

Pour d'autres renseignements :

- à la DREES : Clémentine Collin, chargée d'études sur l'accès aux soins et la localisation des équipements de santé (clementine.collin@sante.gouv.fr) ;
- à l'INSEE : David Lévy, chef du pôle de service de l'action régionale – analyse territoriale et Mélanie Bigard, responsable de l'unité cartographie d'études et de diffusion (melania.bigard@insee.fr).

Publications

Baillet A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Études et Résultats*, DREES, n° 814.

Barlet M., Bigard M., Collin C., Lévy D., 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et Résultats*, DREES, n° 815 et *Insee Première*, INSEE, n° 1418.

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 795 et *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 174.

Collin C., Evain F., Mikol F., Minodier C., 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes », *Comptes nationaux de la santé 2011, Document de travail*, série statistiques, DREES, n° 172.

Evain F., Bigard M., Levy D., 2012, « Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile », *Insee Première*, INSEE, n° 1397.

Evain F., Solard J., 2012, « Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités », *Études et Résultats*, DREES, n° 794.

Evain F., 2011, « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 754 et dossier du Panorama des établissements de santé, édition 2010.

Prévôt P., Thomas J.-N., Jolly N., Tandy L., 2012, « L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance », *Focal*, INSEE Limousin, n° 83.

À paraître

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2013, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », *Document de travail*, DREES et IRDES.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALD	Affection longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
AT39	Investissement INSEE-DREES sur l'accès aux soins
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DATAR	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Hôpital patient santé territoire
IDS	Institut des données de santé
INRA	Institut national pour la recherche agronomique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
FINESS	Identifiant à 9 chiffres, attribué à chaque établissement ou entité juridique du secteur sanitaire et social
MCS	Médecins correspondants du SAMU
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique, et odontologie
MG	Médecine générale
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PRS	Projet régional de santé
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFMG	Société française de médecine générale
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZUS	Zone urbaine sensible
ZFU	Zone franche urbaine

Garantir un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire est une priorité de santé publique. Comment mesure-t-on l'accès géographique aux soins ? Quels sont les indicateurs à disposition des acteurs locaux ? Comment ces outils statistiques peuvent-ils être mobilisés pour avoir une vision concertée et territorialisée de l'offre et contribuer à une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques locales ?

Cet ouvrage propose la retranscription des exposés et des débats ayant eu lieu lors du colloque « Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? », organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) le 16 octobre 2012.

Ce recueil regroupe deux ensembles de textes. Certains exposés visaient à présenter les nouveaux outils disponibles développés pour mieux appréhender la thématique de l'accès géographique aux soins en ville comme à l'hôpital, et en particulier les nouveaux indicateurs statistiques que la DREES et l'INSEE ont développé conjointement. D'autres interrogeaient la place des outils d'analyse dans les processus de décisions en matière d'accès aux soins.



ISBN : 978-2-11-131000-1
ISSN : 1295-6570