

Les enjeux des mesures d'accessibilité spatiale pour cibler les territoires déficitaires en offre de soins

AUTEURES

Véronique LUCAS-GABRIELLI, Catherine MANGENEY

RÉSUMÉ

Cibler des territoires opérationnels à partir des besoins et des usages nécessite d'appréhender le caractère multiscalaire des espaces de vie, de dépasser les indicateurs classiques de densités ou de taux d'équipements calculés au sein d'entités administratives étanches et de mesurer plutôt les niveaux d'accessibilité questionnant à la fois les mesures de l'offre, de la demande et leur interaction sur le territoire. L'objectif de cette contribution est de présenter les premiers résultats d'un projet collaboratif entre l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé visant à affiner les indicateurs de mesure des inégalités d'accessibilité spatiale aux soins de premier recours. Nous présenterons, plus spécifiquement, une analyse des pratiques de recours aux soins dans un département francilien (le Val-d'Oise), observées à un niveau géographique très fin et déclinées par âge, type d'espace et qualité de desserte.

MOTS CLÉS

Accès aux soins, soins primaires, modèle, inégalités

ABSTRACT

An identification of operational territories based on needs and uses cannot be done without integrating the multiscalar nature of living spaces. This means to overcome the traditional indicators (density indicators or equipment rates) calculated within tight administrative units, and to measure spatial accessibility considering supply, demand and their interaction on the territory. This contribution focuses on the first results of a partnership study carried out by the Regional Health Observatory and the Institute for Research and Information in Health Economics. We refine the measure of inequality in spatial accessibility to primary care. More precisely, we focus our presentation on the analysis of the differences of care-seeking practices observed in one Paris Region's district according to age, urban density and quality of the transportation service area using relatively new data at a more detailed geographic level (200 meters meshes).

KEYWORDS

Access to health care, Primary care, Model, Inequalities

INTRODUCTION

Cibler des territoires opérationnels à partir des besoins et des usages nécessite d'appréhender le caractère multiscalaire des espaces de vie, de laisser l'échelle locale déborder pour intégrer les « réseaux de vie » et les accès à distance. C'est à cette condition que pourront être identifiés les territoires prioritaires et les individus les plus captifs au sein de notre société devenue mobile, ceux qui n'ont pas accès aux horizons multiples et aux bénéfices de la circulation (Vanier, 2015). Le développement des données et des SIG ont permis le développement d'études et d'analyses visant à mesurer l'accessibilité aux équipements et services, et notamment à l'offre de soins. Si l'accessibilité est multidimensionnelle (spatiale, physique, temporelle, financière et culturelle), la mesure de la dimension spatiale de l'accessibilité est

essentielle en tant que telle car elle impacte le recours aux soins (Neutens, 2015), informe les pouvoirs publics et les aménageurs du territoire sur les zones à faible accessibilité, et permet d'évaluer les inégalités socio-spatiales.

L'objectif de cette contribution est de présenter les premiers résultats d'un projet collaboratif entre l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAU îdF), l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS îdF) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) visant à affiner les indicateurs de mesure des inégalités d'accessibilité spatiale aux soins de premier recours.

1. LA MESURE DE L'ACCESSIBILITÉ SPATIALE AUX SOINS COMME SOCLE DU ZONAGE

Classiquement, les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité géographique et identifier les zones déficitaires étaient les densités (nombre de médecins rapporté à la population d'une entité géographique ou administrative) ou les distances (euclidiennes, par le réseau viaire ou distances-temps) séparant le secteur « i » de certaines aménités : le médecin le plus proche, la moyenne des distances aux médecins... Facilement calculables et interprétables par les décideurs, ces indicateurs présentent cependant certaines limites et fournissent seulement une vision unidimensionnelle de l'accessibilité. D'un côté, la densité médicale réfère uniquement à la disponibilité d'une offre de santé sur un territoire donné et fait alors implicitement l'hypothèse que le service ou le professionnel situé juste de l'autre côté de la limite territoriale n'est pas accessible. D'un autre côté, la distance d'accès au professionnel de santé le plus proche s'affranchit, quant à elle, des frontières géographiques, et ne prend en compte ni la quantité de médecins en un espace donné, ni le nombre de patients qui devront se partager cette offre, et constitue ainsi un indicateur pauvre de disponibilité de l'offre. Elle ne reflète pas non plus la réalité des usages, l'analyse des flux de consommation de soins comme celle des flux de recours aux autres équipements et services, montrant clairement que proximité et dispersion se combinent et que l'usage du plus proche n'est pas toujours la norme (Vergier & Chaput, 2017).

Pour dépasser ces contraintes et tenir compte à la fois de la densité et de la distance, de la disponibilité et de la proximité, mais aussi des stratégies des usagers et des effets de chaîne qui s'opèrent dans le système global, certaines études utilisent ou proposent d'utiliser les modèles gravitaires ou les modèles d'optimisation mais leur utilisation reste rare, car l'interprétation des résultats et leur appropriation par les décideurs n'est pas immédiate.

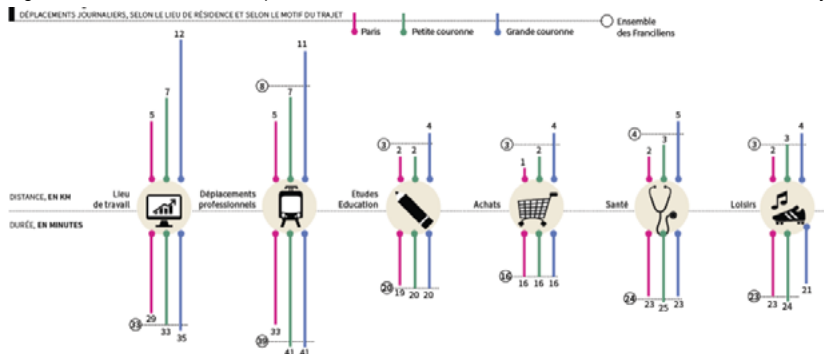
Aujourd'hui, la méthode du *two-step floating catchment area* (2SFCA), déclinée des modèles gravitaires et proche de celle de la densité répartie développée par André et Arié Mizrahi semble, sous réserve d'ajustements, faire l'objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale et nationale (Allan, 2014). Déclinée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Irdes pour la construction d'un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), cette méthodologie s'est également imposée dans le paysage institutionnel français puisqu'elle sert de socle, en 2017, à la définition des zonages déficitaires en médecins généralistes en cours de redéfinition. Cependant, les débats parfois animés autour de ce nouveau zonage comme en témoigne le communiqué de presse de la Fédération nationale des centres de santé du 2 août 2017 (« Un zonage qui renforce les inégalités sociales de santé ») mettent en lumière la nécessité d'affiner encore l'indicateur pour tenter de donner à ces découpages une portée opérationnelle qui tende vers un plus large consensus.

Après avoir chacun, en 2011, élaboré simultanément mais parallèlement un nouvel indicateur d'accessibilité à l'offre de soins de proximité, respectivement aux niveaux régional (Mangeny, 2011) et national (Barlet *et al.*, 2012 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 2016), l'IAU îdF, l'ORS îdF et l'Irdes se sont rapprochés et ont, avec l'appui de la CNAMTS, de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val-d'Oise, de l'Institut des données de santé (IDS) et du Syndicat des transports d'Île-de-France (STIF), obtenu ou créé un corpus de données qui permettent d'explorer différentes pistes d'amélioration de l'indicateur. La présente contribution en présentera deux, à savoir la nature de l'entité géographique de base et le calibrage de la fonction de décroissance du recours aux soins selon la distance.

2. DE LA COMMUNE À LA MAILLE DE 200 MÈTRES DE CÔTÉ : L'APPRÉHENSION DE LA PROXIMITÉ DEVIENT POSSIBLE

Assujettis aux données disponibles et fournies par l'Institut national de statistique et des études économiques (Insee), la plupart des études françaises d'accessibilité aux services ou de taux d'équipements se faisaient à l'échelle communale ou à l'échelle des IRIS (découpage infracommunal de l'Insee correspondant à un échelon de diffusion des données pour les communes d'au moins 10 000 habitants et pour une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants). Les premières souffraient de la taille de l'entité, de la dispersion des individus au niveau communal et de la non-représentativité des zones d'habitation par le centroïde de la commune (Mangeny, 2011). Les secondes pâtissaient de la diversité des surfaces considérées. L'Insee fournit aujourd'hui des données socio-démographiques à un niveau géographique très fin et homogène : la maille de 200 mètres de côté.

Figure 1. Portée et durée des déplacements des Franciliens, selon le lieu de résidence et le motif du trajet



Source : *Le Monde*, STIF-OMNIL-EGT, 2010, traitements IAU îdF

Dans cette présentation, nous exposerons tout d'abord les données complémentaires que nous avons construites à cette échelle : flux de consommation de soins (maille de résidence du patient vers maille d'exercice du praticien) et matrices des distances-temps (à pied, en voiture et en transports en commun). Nous discuterons ensuite de l'enjeu d'appréhender les besoins de soins mais aussi les possibilités de recours aux soins de premier recours selon un maillage territorial aussi fin. Tout d'abord parce que les pratiques de recours aux soins primaires relèvent de la « proximité » (Barlet *et al.*, 2012 ; traitement de l'Enquête Globale Transport, fig. 1). Ensuite, et par corollaire, pour mieux cibler les territoires déficitaires en

ajustant les échelles d'analyse à l'échelle des pratiques. Ce changement de focal permettant alors de mettre en lumière les différentiels infra-communaux d'accessibilité (qui peuvent différer très sensiblement d'un quartier à l'autre).

L'intérêt de la mesure des niveaux d'accessibilité aux soins à l'échelle de la maille de 200 mètres n'est pas tant pour cibler de si petits territoires d'intervention dans lesquels on concentrerait les actions, mais plutôt pour donner aux décideurs la souplesse de recomposer ces briques de base à façon afin de redéfinir des découpages opérationnels, de comptabiliser les populations fragiles dans des briques institutionnelles qui leur sont plus familières, ou encore de disposer d'un diagnostic plus fin des problématiques d'accessibilité et d'inégalités afin de rechercher des solutions adaptées à l'échelle locale mais aussi d'autres échelles plus larges, en remplaçant la problématique locale dans un système global.

3. UNE FONCTION DE DÉCROISSANCE CALBRÉE SELON L'ANALYSE DES FLUX RÉELS OBSERVÉS À UNE ÉCHELLE FINE

La définition des territoires déficitaires en offre de soins, ou pour être plus précis, des territoires où l'accès aux soins est aujourd'hui problématique et mérite d'être soutenu par l'action publique, pose, comme tout découpage prioritaire, la question des besoins et de leur territorialisation d'une part, la question de la quantification, qualification et géolocalisation de l'offre existante pour répondre à ces besoins d'autre part, mais aussi la question de la capacité des individus à recourir à cette offre. La mesure des niveaux d'accessibilité repose ainsi sur la définition d'une fonction de décroissance, attachant au couple lieu de résidence/lieu d'offre de soin, un facteur de pondération dégressif en fonction de la distance. D'abord définie par un isochrone théorique simple (Luo & Wang, 2005), puis par palier (Luo & Qi, 2009) et fonction statistique continue (Langford *et al.*, 2012), la fonction de décroissance utilisée par l'Irdes et la Dress pour l'APL s'appuie sur l'analyse des recours aux soins effectifs, entre commune de résidence et commune de consommation de soins, observés au niveau national par les données de l'Assurance maladie.

Dans la présente communication, nous nous attacherons à présenter de nouveaux éléments permettant d'affiner l'analyse du recours aux professionnels de santé de premier recours.

Grâce au partenariat avec la CPAM du Val-d'Oise, nous disposons en effet d'une base de données des flux de consommation de soins de l'ensemble des Val-d'Oisiens, et ce, depuis leur maille de résidence vers la maille d'exercice du professionnel de santé consulté. En raison du secret statistique strictement attaché aux données de consommation de soins, cette base de données est précieuse et va permettre une analyse finement territorialisée des flux réels de consommation de soins, croisés avec l'âge des bénéficiaires, les possibilités de mobilité (pédestre, en transports en commun, en véhicule particulier), ainsi qu'avec le type d'espace de résidence (pôle urbain, secteur périurbain, commune rurale). Nous discuterons ainsi, par l'observation des recours effectifs, de l'opportunité, voire de la nécessité, de moduler la fonction de décroissance de recours aux soins selon la distance, selon l'âge ou le secteur de résidence (desserte, densité urbaine, caractéristiques sociales) pour obtenir, *in fine*, une mesure plus réaliste des niveaux d'accessibilité aux soins des individus, et par conséquent des découpages prioritaires.

CONCLUSION

Ainsi, la présente communication s'inscrit dans la continuité des réflexions en cours sur la définition des territoires prioritaires en termes d'accès aux soins de premier recours. Elle vise

à questionner, dans le cas précis de l'accès aux soins de premier recours, non pas la méthodologie générale mais les briques de base et les hypothèses qu'il nous semble devoir affiner et moduler pour rendre plus pertinent le raccourci spatial que sous-tend la délimitation de territoires prioritaires et la mise en place de politiques de discrimination positive dans des espaces qui, potentiellement, en auraient le plus besoin.

RÉFÉRENCES

- Allan D.P., 2014, « Catchments of general practice in different countries. A literature review », *International journal of health geographics*, 13(32) [en ligne : www.ij-healthgeographics.com/content/13/1/32 consulté le 06/09/17].
- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*, DT n° 51, Paris, Irdes.
- Langford M., Fry R., Higgs G., 2012, « Measuring transit system accessibility using a modified two-step floating catchment technique », *International Journal of Geographical Information Science*, n° 26, p. 196-214.
- Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M., 2016, *Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL)*, DT n° 70, Paris, Irdes.
- Luo W., Qi Y., 2009, « An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians », *Health and Place*, n° 15, p. 1100-1107.
- Luo W., Wang F., 2005, « Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas », *Health and Place*, n° 11, p. 131-146.
- Mangeney C., 2011, *La mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France*, Paris, IAU îdF.
- Neutens T., 2015, « Accessibility, equity and health care : review and research directions for transport geographers », *Journal of transport geography*, n° 43, p. 14-27.
- Vanier M., 2015, « Des bassins, encore des bassins, toujours des bassins... », *Coupes et découpages territoriales, quelle réalité du bassin de vie ?*, Les Cahiers de l'IAU, n° 172, Paris, IAU îdF, p. 12-14.
- Vergier N., Chaput H., *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Les dossiers de la DREES, n° 17.

LES AUTEURES

Véronique Lucas Gabrielli
Irdes
lucas@irdes.fr

Catherine Mangeney
ORS îdF
catherine.mangeney@ors-idf.org