

Pour citer cette notice :

Catherine Mangeney, 2023, "Accessibilité aux services de santé". MobiDic, Dictionnaire critique des Mobilités. Accès : <https://doi.org/10.60582/geomob3>

Accessibilité aux services de santé

Catherine MANGENEY
Chargée d'études
Observatoire régional de santé d'Île-de-France

L'accès effectif aux services de santé se réalise lorsqu'une accessibilité potentielle aux services de santé existe (c'est-à-dire quand une population en besoin coexiste dans un espace et un temps avec un système de soins disponible) et que toutes les barrières spatiales et a-spatiales de recours à l'offre sont dépassées (Penchansky and Thomas, 1981 ; Guagliardo, 2004 ; Lucas-Gabrielli et al., 2016). Les facteurs a-spatiaux renvoient à des dimensions individuelles, temporelles et financières ; les facteurs spatiaux à la disponibilité de l'offre et à l'accessibilité physique potentielle à cette offre. En effet, en dehors des actes de télémedecine, recourir aux soins implique une mobilité du patient vers le service de soin disponible ou une mobilité du professionnel de santé ou de l'équipe de soin vers le domicile du patient (visites ou hospitalisation à domicile).

Accessibilité spatiale aux services de santé et mobilité : entre savoir et pouvoir

Notamment depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi HPST) de 2009, l'accessibilité spatiale aux services de soins est un enjeu majeur des politiques de santé en France (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2011). Dans le domaine hospitalier, les enjeux d'accessibilité spatiale (mesurée le plus souvent en distance-temps par la route au service hospitalier le plus proche) entrent parfois en friction avec les enjeux de maîtrise des dépenses de santé, de qualité et de sécurité (Voir par exemple Charreire et al., 2012 ; Bergonzoni, 2021 pour l'accessibilité spatiale aux maternités). Concernant les soins de ville (médecins généralistes notamment), la lutte contre les difficultés d'accessibilité spatiale aux soins constitue aujourd'hui un enjeu central des politiques publiques de santé (Hassenteufel et al., 2020). La mesure des niveaux d'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé en est un préalable (Apparicio et al., 2008).

Or, sans même considérer que cette accessibilité spatiale potentielle devrait s'évaluer de manière globale pour répondre aux enjeux de complémentarité

des soins, la mesure de l'accessibilité spatiale potentielle à un seul type d'offre de soin est complexe (Handy et Niemeier, 1997). Elle suppose ou supposerait que soient posés un certain nombre d'hypothèses et de paramétrages visant notamment à tenir compte de la mobilité et des compétences à la mobilité des individus (notion de motilité – Kaufmann, 2002). Ces hypothèses et paramétrages modifient la mesure mais également la nature de ce que l'indicateur mesure (niveau d'éloignement spatial à l'offre lorsque la mobilité est considérée uniforme pour tous et partout, capacité potentielle à recourir à l'offre lorsque le paramétrage de la mobilité est modulé selon les caractéristiques, notamment sociales, des individus et des espaces). Cette étape de convention, qui précède la mesure dans toute opération de quantification (Desrosières, 2014), est le plus souvent passée sous silence alors même que la « proposition d'objectivation de la réalité » ainsi produite (Brunet, 1980 ; Laloë and Chaboud, 2009 ; Desrosières, 1993) circule ensuite trop souvent dans la sphère publique comme une mesure « pure », « réifiée », neutre et incontestable (Ogien, 2010 ; Desrosières, 2014). Lorsque cette mesure sert ensuite à délimiter les contours (géographiques ou autres) d'une politique publique (zones de planification de l'offre hospitalière, délimitation d'un zonage médecins cible de différentes aides publiques), il est d'autant plus important de prendre conscience que la mesure de l'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé produit des faits normatifs et n'arbitre pas qu'entre des options techniques mais entre des choix de valeurs (Castel, 1985). Ainsi, quand il ne s'agit plus de mesurer pour étudier ou analyser mais pour gérer et gouverner (Sierra and Bonnet-Pineau, 2016), il devient nécessaire de « repolitiser » (Jobert, 2003) les paramètres de la mesure puisque « la définition des classes d'équivalence est toujours un problème de valeurs qu'il revient au pouvoir politique de trancher » (Zarca, 2015).

La mobilité dans les différentes mesures de l'accessibilité spatiale aux services de santé

Les méthodologies de mesure des niveaux d'accessibilité spatiale (potentielle) aux soins ont sensiblement évolué au cours du temps, sous l'effet de la mise en exergue des limites des méthodologies précédentes et des progrès techniques. Ces évolutions se sont notamment traduites par l'intégration croissante de la mobilité dans les indicateurs de mesure d'une part, dans les territoires d'observation des niveaux d'accessibilité spatiale aux soins d'autre part.

Les mesures traditionnelles fondées sur les taux d'équipements hospitaliers ou densités médicales au sein d'entités administratives (région, département, commune le plus souvent) rapportent l'offre de soins de l'entité administrative à la population résidente. La distance y est considérée comme nulle au sein de la zone considérée et infinie au-delà (l'offre présente en dehors des frontières administratives est considérée comme non accessible). La mobilité des populations n'entre pas en compte dans la mesure. Elle est réintroduite selon deux modalités différentes quand, aux densités médicales ou taux d'équipements calculés au niveau communal, départemental ou régional, ont succédé les densités médicales et taux d'équipements calculés

au niveau de « bassins de vie » ou « bassins de santé » (Vigneron et Brau, 1996 ; Lucas-Gabrielli, 2010 ; Macé, 2010) ou la(es) distance(s) au(x) service(s) le(s) plus proche(s).

Les taux d'équipements ou densités médicales calculés au niveau des « bassins de vie » de l'Insee ont pour objectif de dépasser les limites administratives « abstraites » et déconnectées des « pratiques habitantes » et de leurs espaces potentiels d'activité, tous motifs confondus. Les taux d'équipement ou densités calculés au niveau des « bassins de santé » (zones de recours hospitalières définies à partir des flux de mobilité effective vers le soin) répondent aux mêmes objectifs mais la maille territoriale d'observation est centrée sur le recours effectif aux soins. Ces indicateurs considèrent donc la mobilité (potentielle ou effective) non pas au niveau de la mesure mais au niveau du territoire d'observation.

Les indicateurs de distance au(x) plus proche(s) quant à eux mettent la mobilité (potentielle) au cœur de la mesure (distance à parcourir pour se rendre vers le soin). De fait, la maîtrise et la réduction de la distance constituent un souci permanent en matière de planification de l'offre de soins (urgents ou de premier recours notamment) à condition que cette réduction des distances soit compatible avec les enjeux de sécurité, de qualité et d'équilibres budgétaires (Lucas-Gabrielli et Mangeney, en cours de publication).

D'autres mesures de l'accessibilité spatiale potentielle aux établissements hospitaliers (Mizrahi and Mizrahi, 2008) ou aux services de soins primaires (Barlet et al., 2012 ; Vergier and Chaput, 2017 ; Mangeney and Lucas-Gabrielli, 2019) intègrent la mobilité. La « densité répartie » ou l'« accessibilité potentielle localisée » considèrent que tous les individus peuvent se déplacer vers chaque hôpital ou professionnel de santé (y compris en dehors de sa commune de résidence, de son bassin de vie...) mais que la probabilité de recours varie d'une part selon la distance et, d'autre part, selon la disponibilité de l'offre (estimée à partir du nombre de patients pour qui cette offre est potentiellement accessible). Ces indicateurs sont dérivés des modèles de type 2 ou 3 *step floating catchment area* (xSFCA) qui dans la littérature internationale font l'objet d'un large consensus (Allan, 2014 ; Neutens, 2015).

Controverses et débats

Présentée comme un problème quand on n'en dispose pas (Allan, 2014) et que la fonction de décroissance de la probabilité de recours aux soins selon la distance s'appuie sur des modèles théoriques, la prise en compte de la mobilité dans la mesure de l'accessibilité spatiale potentielle à partir des flux réalisés de déplacements est aussi problématique. En effet, les déplacements réalisés traduisent la consommation de soin et non le besoin de soins et sont la résultante aussi bien des potentialités (et notamment de l'accessibilité spatiale potentielle que l'on peine ainsi à mesurer à travers eux) que des manques et du non-recours. Les compétences à la mobilité différenciées selon les individus (en raison de leur âge et état de santé, en fonction de leur bagage culturel et cognitif, de leur accès à l'automobile et

autres modes de transports, de leurs charges familiales...), bien décrites par la sociologie des mobilités, ne sont que rarement intégrées aux modèles de mesure (Paez et al., 2010). De même que sont rarement intégrés la rationalité relative des déplacements individuels et l'effet de concurrence entre offres de soins (une offre abondante en proximité limitera la probabilité de recourir à un service de santé plus lointain) ou le fait que la distance s'évalue différemment selon que l'on réside en zone dense, périurbaine ou rurale (Luo and Whippo, 2012 ; McGrail, 2012 ; Luo, 2014 ; McGrail and Humphreys, 2014). De fait, la notion de distance est plurielle de par sa métrique (distance à vol d'oiseau, euclidienne, réticulaire, distance-temps en voiture ou par d'autres modes de déplacement...) mais aussi parce que la distance n'est pas que physique (Lucas-Gabrielli and Mangeney, en cours de publication). Elle s'évalue différemment selon les trajectoires individuelles, selon les caractéristiques sociales et le potentiel de mobilité des individus, selon le bénéfice attendu du déplacement (réputation, qualité ou rareté du service...) ... (Cromley and Shannon, 1986 ; Lacoste and Spinosi, 2002 ; Guagliardo, 2004 ; Kaufmann et al., 2004 ; Charron and Shearmur, 2005 ; Fol and Gallez, 2013 ; Vallée et al. 2020). De plus, les mesures d'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé n'envisagent la mobilité des individus qu'à partir de leur domicile, de manière a-temporelle (Vallée, 2017) et sans prise en compte de la dimension financière de l'accessibilité potentielle, qui rend pourtant certaines offres inaccessibles à certaines franges de la population.

Par ailleurs, dans le cas des « bassins » (de déplacements, de recours...), la dispersion des flux de déplacements due à la variabilité des comportements individuels (Bouleau and Mangeney, 2015) est mal traduite par ces zones de recours qui, bien souvent et pour des raisons de simplification, ne sont délimitées qu'à partir du flux principal (Macé, 2010). Elles relient ainsi, par exemple, tous les habitants d'une entité géographique à l'établissement hospitalier le plus fréquenté alors même que, du fait de la dispersion des flux (Fig.1), la proportion des déplacements hospitaliers expliquée par le flux principal peut être faible (Fig.2). L'analyse des flux réels de déplacements vers le soin montre par ailleurs que, pour l'offre de soins comme pour de nombreux autres services, le recours au service le plus proche n'est pas la norme (Albe-Tersiguel et al., 2008 ; Forzy et al., 2021). Des déplacements plus lointains sont bien souvent opérés pour des raisons de familiarité avec des lieux, de commodité, de renommée, de disponibilité... ce qui questionne les indicateurs de distance au(x) plus proche(s).

Fig. 1 – Représentation de la dispersion des flux domicile – lieu d’hospitalisation pour les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en Île-de-France en 2021

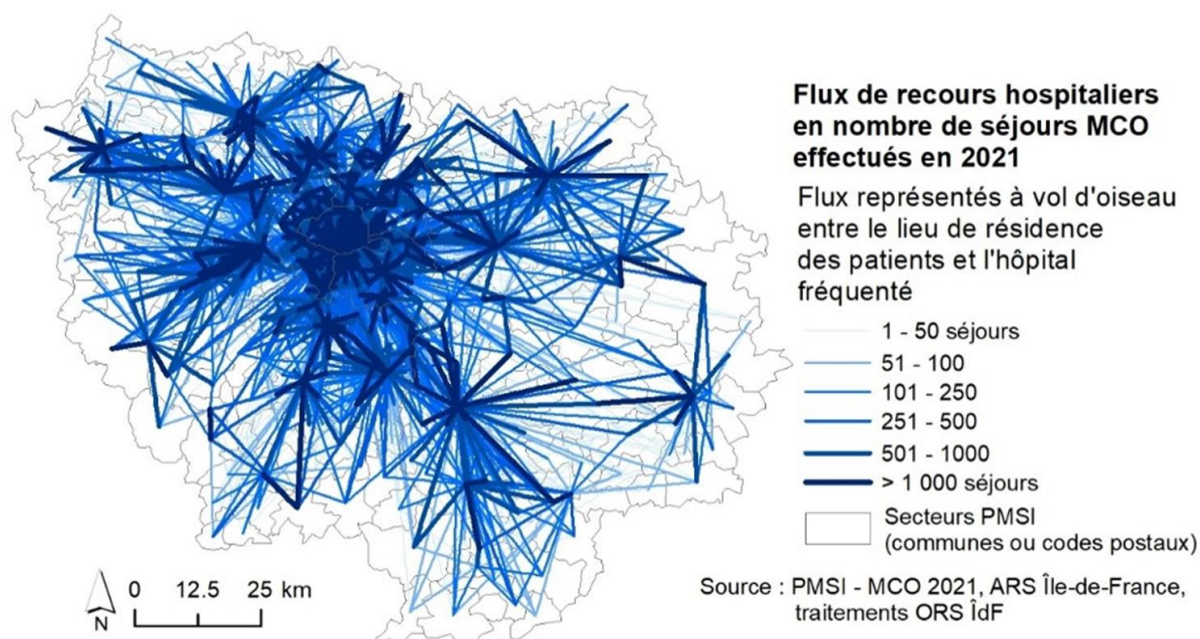
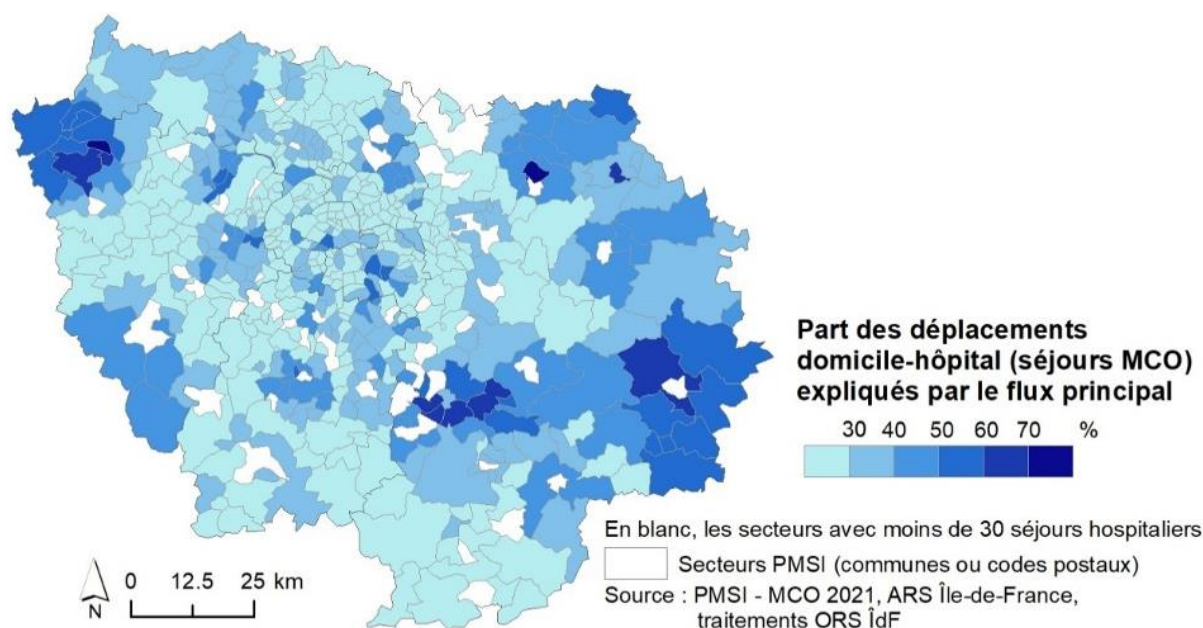


Fig. 2 – Part des déplacements domicile-hôpital expliqués par le flux principal (séjours MCO) en Île-de-France en 2021



Lecture : les habitants d’un même secteur de résidence recourent, en cas d’hospitalisation, à différents établissements hospitaliers. Le flux principal est le flux qui relie le secteur de résidence à l’hôpital le plus souvent fréquenté par les habitants du secteur. Le flux secondaire relie le secteur de résidence au deuxième hôpital le plus fréquenté par les habitants du secteur, etc. Le volume de déplacements que recouvre le flux secondaire peut être très proche du volume de déplacements que recouvre le flux principal.

[1] Plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services sanitaires et non sanitaires les plus courants, l’accès étant considéré ici dans sa dimension potentielle et estimé à partir de la distance aux équipements et services les plus proches.

[2] Au sein d’un même « bassin », quelle que soit son étendue, l’offre est rapportée à la population sans considération des déplacements internes au « bassin » que les populations doivent réaliser pour se rendre vers le soin.

Bibliographie

- Albe-Tersiguel S., Blum E., de Berny-Riche C., Delaporte C., Lesellier S., Mangeney C., Parnaix A. et Peuvergne C., 2008, *Démarche exploratoire pour une hiérarchisation des équipements et services en Île-de-France*, rapport de l'IAURIF.
- Allan D.P., 2014, « Catchments of general practice in different countries. A literature review », *International journal of health geographics*, n° 13, vol. 32.
- Apparicio P., Abdelmajid M., Riva M. et Shearmur R., 2008, « Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and aggregation-error issues », *International journal of health geographics*, n° 7, vol. 7.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C. et Lucas-Gabrielli V., 2012, *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*, document de travail de l'Irdes, n° 56.
- Bergonzoni A., 2021, *La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017*, Drees, coll. « Études et résultats », n° 1201.
- Bouleau M. et Mangeney C., 2015, « Coupes et découpes territoriales, quelle réalité du bassin de vie ? », *Les Cahiers de l'IAU*, n° 172, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France.
- Brunet R., 1980, « La composition des modèles dans l'analyse spatiale », *Espace géographique*, n° 9, vol. 4, p. 253-265.
- Castel R., 1985, « L'expert mandaté et l'expert instituant », in *Actes de la table ronde Situations d'expertise et socialisation des savoirs, Saint-Étienne, 14 et 15 mars*, Centre de Recherches et d'Études Sociologiques Appliquées de la Loire CRESAL, p. 81-92.
- Charreire H., Combiere E., Michaut F., Ferdynus C., Blondel B., Drewniak N., Le Vaillant M., Pilkington H., Amat-Roze J.-M. et Zeitlin J., 2012, « Une géographie de l'offre de soins en restructuration : les territoires des maternités en Bourgogne », *Cahiers de géographie du Québec*, n° 55, vol. 156, p. 491-509.
- Charron M. et Shearmur R., 2005, « Distances, interactions et analyse spatiale de la ville : le cas de Montréal », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, n° 2, p. 163-192.
- Coldefy M. et Lucas-Gabrielli V., 2011, « Mesurer l'accessibilité spatiale aux soins primaires en France », in *Actes du colloque CIST2011 Fonder les sciences du territoire*, Collège international des sciences du territoire (CIST), p. 89-92.
- Cromley E.K. et Shannon G.W., 1986, « Locating Ambulatory Medical Care Facilities for the Elderly », *Health Serv Res*, n° 21, vol. 4, p. 499-514.
- Desrosières A., 2014, *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte, coll. « Sciences humaines ».
- Desrosières A., 2010 [1993], *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, coll. « Poche/Sciences humaines et sociales ».
- Fol S. et Gallez C., 2013, « Mobilité, accessibilité et équité : pour un renouvellement de l'analyse des inégalités sociales d'accès à la ville », in

Colloque International Futurs urbains : Enjeux interdisciplinaires émergents pour comprendre, projeter et fabriquer la ville de demain, Champs-sur-Marne, France.

- Forzy L., Titli L. et Carpezat M., 2021, *Accès aux soins et pratiques de recours*, Drees, coll. « Les dossiers de la DREES », n° 77.
- Guagliardo M.F., 2004, « Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges », *International Journal of Health Geographics*, n° 13.
- Handy S.L. et Niemeier D.A., 1997, « Measuring Accessibility: An Exploration of Issues and Alternatives », *Environment and Planning A : Economy and Space*, n° 29, p. 1175–1194.
- Hassenteufel P., Schweyer F.-X., Gerlinger T. et Reiter R., 2020, « Les “déserts médicaux” comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l’Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 33-56.
- Jobert B., 2003, « Le mythe de la gouvernance dépolitisée », in *Être gouverné. Études en l’honneur de Jean Leca*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Académique », p. 273-285.
- Kaufmann V., 2002, *Re-thinking Mobility*, Avebury, coll. « Transport and Société ».
- Kaufmann V., Bergman M.M. et Joye D., 2004, « Motility : mobility as capital », *International Journal of Urban and Regional Research*, n° 28, p. 745-756.
- Lacoste O. et Spinosi L., 2002, *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population*, rapport de l’ORS Nord Pas de Calais.
- Laloë F. et Chaboud, C., 2009, « Aide à la décision, expertise et action », in Hervé D. et Laloë F. (eds.), *Modélisation de l’environnement : entre natures et sociétés*, Versailles, Éditions Quæ, coll. « Indisciplines », p. 165-177.
- Lucas-Gabrielli V., 2010, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et Organisation des Soins*, n° 41, p. 73-80.
- Lucas-Gabrielli V. et Mangeney C., à paraître, « La place de la mobilité quotidienne dans les politiques de rationalisation de l’offre de soins », in *Mobilité quotidienne et santé*, Encyclopédie des Sciences ISTE (Géographie et Démographie / Géographie des réseaux d’infrastructure et des mobilités), ISTE-Wiley.
- Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Com-Ruelle L. et Coldefy M., 2016, *Pratiques spatiales d’accès aux soins*, Irdes, coll. « Rapports », n° 564.
- Luo J., 2014, « Integrating the Huff Model and Floating Catchment Area Methods to Analyze Spatial Access to Healthcare Services », *Transactions in GIS*, n° 18, vol. 3, p. 436-448.
- Luo W. et Whippo T., 2012, « Variable catchment sizes for the two-step floating catchment area (2SFCA) method », *Health Place*, n° 18, p. 789-795.
- Macé J.-M., 2010, « L’utilisation opérationnelle du territoire vécu de santé dans la planification », *Villes en Parallèle*, n° 44, p. 158-175.
- Mangeney C. et Lucas-Gabrielli V., 2019, *L’accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France. Méthodologie de mesures des inégalités infra-communales*, Rapport de l’ORS Île-de-France.

- McGrail M.R., 2012, « Spatial accessibility of primary health care utilising the two step floating catchment area method: an assessment of recent improvements », *International Journal of Health Geographics*, n° 11, vol. 50.
- McGrail M.R. et Humphreys J.S., 2014, « Measuring spatial accessibility to primary health care services: Utilising dynamic catchment sizes », *Applied Geography*, n° 54, p. 182-188.
- Mizrahi A. et Mizrahi A., 2008, *La densité répartie : un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins*, ARgSES.
- Neutens T., 2015, « Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers », *Journal of Transport Geography*, n° 43, p. 14-27.
- Ogien A., 2010, « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue Française de Socio-Économie*, n° 5, p. 19-40.
- Páez A., Mercado R.G., Farber S., Morency C. et Roorda M., 2010, « Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents », *International Journal of Health Geographics*, n° 9, vol. 52.
- Penchansky R. et Thomas J.W., 1981, « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction », *Medical Care*, n° 19, p. 127-140.
- Sierra A. et Bonnet-Pineau É., 2016, « La réforme territoriale en France : parlementaires et géographes face à "l'art de la découpe" gouvernementale », *EchoGeo*, n° 35.
- Vallée J., 2017, « Challenges in targeting areas for public action. Target areas at the right place and at the right time », *J Epidemiol Community Health*, n° 71, vol. 10, p. 945-946.
- Vallée J., Shareck M., Le Roux G., Kestens Y. et Frohlich K.L., 2020, « Is accessibility in the eye of the beholder? Social inequalities in spatial accessibility to health-related resources in Montréal, Canada », *Social Science & Medicine*, n° 245, 112702.
- Vergier N. et Chaput H., 2017, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la Drees*, n°17.
- Vigneron E. et Brau F., 1996, « Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes », *Cahiers Geos*, n° 32, p. 1-4.
- Zarca A., 2015, « Egalité et territorialisation du pouvoir normatif », *Civitas Europa*, n° 35, p. 55-76.