

Santé

Soins hospitaliers en Bretagne : des conditions d'accès et d'usage différenciées selon les spécialités et les pratiques réelles des patients

La Bretagne est une région autocentrée en termes de soins hospitaliers : 96 % des séjours de patients bretons sont pris en charge par les établissements de la région. Inversement, ceux-ci n'accueillent que très peu de patients de l'extérieur. Ce résultat s'observe dans toutes les spécialités.

Un Breton sur deux réside à moins de vingt et une minutes de voiture de l'hôpital le plus proche. Ce temps d'accès, théorique, est plus long de trois minutes que pour l'ensemble des régions de province. Il est cependant très variable selon les spécialités médicales recherchées : de moins de vingt minutes pour les spécialités de proximité à plus d'une heure pour celles relevant de prises en charge de haute-technicité, nécessitant une organisation suprarégionale.

En pratique, les patients ne se rendent pas toujours à l'établissement le plus proche, soit du fait de la complexité des soins requis, soit à cause d'un effet de réputation. Le trajet effectivement parcouru par les Bretons pour être pris en charge est ainsi trois minutes plus long que s'ils se rendaient à l'hôpital le plus proche.



La réduction des inégalités d'accès aux soins, en particulier hospitaliers, constitue l'une des priorités de la politique de santé définie au niveau national, déclinée en région par les agences régionales de santé (ARS). En lien avec la localisation des populations, l'implantation géographique des établissements de soins constitue un des leviers pour répondre à cette préoccupation.

La Bretagne présente des caractéristiques très particulières, qui la distinguent nettement des

autres régions françaises : une position géographique excentrée, une attractivité démographique concentrée sur le sud et l'est de son territoire, une urbanisation moindre qu'ailleurs mais avec des espaces ruraux plus denses de par l'important maillage territorial des villes moyennes. Cette morphologie spécifique constitue ainsi un élément déterminant en matière d'aménagement de l'offre hospitalière. Elle amène donc à analyser l'accessibilité de ces établissements de soins.

Une région autocentrée du point de vue des soins hospitaliers

Le Projet Régional de Santé (PRS) définit une structuration de l'offre de soins sur la base d'un découpage en huit territoires de santé, dans le but d'adapter celle-ci en fonction des besoins ; chaque territoire est organisé, pour les soins hospitaliers, autour d'un établissement de référence : les deux Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) de Rennes et Brest, et les centres hospitaliers de Quimper-Concarneau, Lorient-Hennebont, Vannes-Auray, Saint-Malo, Saint-Brieuc et Loudéac-Pontivy. Une quarantaine de centres hospitaliers de proximité (dont une vingtaine d'ex-hôpitaux locaux) et près de 20 cliniques viennent compléter l'offre et assurer le relais dans les zones éloignées des grandes villes.

Cette organisation s'est accompagnée, en 2010, de la prise en charge de plus de 96 % des séjours de patients bretons : la très grande majorité des Bretons est ainsi hospitalisée dans la région. La Bretagne est ainsi la 6^e région métropolitaine la plus autonome, toutes spécialités confondues (derrière notamment l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

Ce taux de prise en charge est supérieur à 92 % pour l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales, excepté pour la chirurgie pédiatrique (88 %).

A contrario, les hôpitaux bretons accueillent très peu de patients résidant à l'extérieur de la région : ceux-ci représentent moins de 4 % des séjours.

La Bretagne est ainsi un territoire « autocentré » : peu de résidents sortent de la région pour se faire hospitaliser, et peu de patients viennent de l'extérieur. Sa situation géographique explique probablement en partie ce résultat, puisqu'elle a peu de frontières communes avec d'autres régions.

Des disparités territoriales

Au niveau infrarégional, plusieurs situations se profilent. Ainsi, cinq des huit territoires de santé présentent un niveau d'autonomie propre élevé, couvrant 85 % à 95 % des besoins de prise en charge de leurs résidents. Sur les territoires de Vannes/Ploërmel/Malestroit et de Saint-Malo/Dinan, les patients s'orientent vers les établissements de leur territoire dans 75 à 80 % des cas, jouissant également de la proximité respective des C.H.U. de Nantes et Rennes. Seul le Centre Bretagne, de par sa position centrale et la présence d'un plateau technique plus réduit au centre hospitalier de Loudéac-Pontivy, connaît un taux de fuites relativement élevé de près de 40 %, principalement vers les territoires de santé de Saint-Brieuc et Vannes.

Globalement, dans les territoires de santé, les établissements hospitaliers enregistrent

des taux de prise en charge élevés pour la population résidente.

Un Breton sur deux réside à moins de 21 minutes d'un hôpital

En complément de l'observation des prises en charge, la question des temps d'accès apporte également un regard sur l'organisation des soins. Toutes spécialités confondues, les Bretons peuvent accéder en voiture aux soins hospitaliers les plus proches dans un délai médian d'environ 21 minutes, soit un temps plus long que la moyenne des régions de province (17,5 minutes).

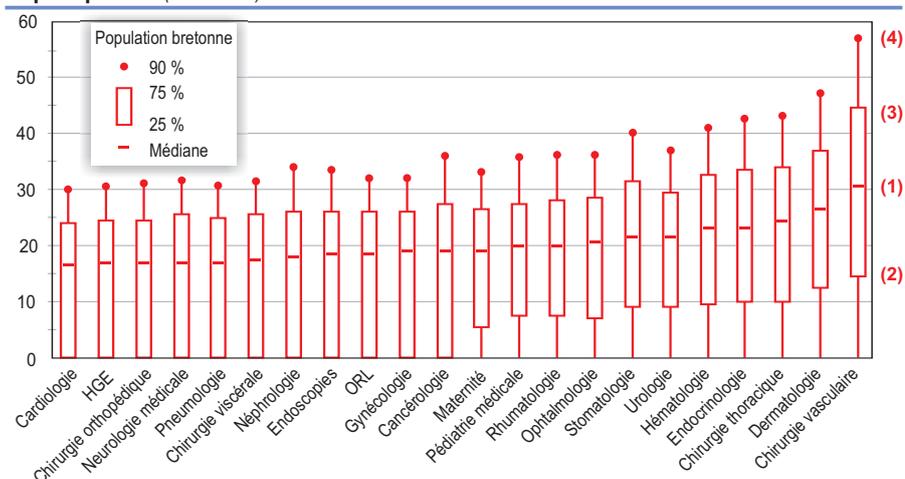
Certaines zones, éloignées des pôles urbains, présentent des temps d'accès relativement longs, parfois supérieurs à 45 minutes comme la périphérie ouest et sud du territoire de santé rennais (TS 5), le nord du Finistère (au nord de Lesneven), la presqu'île de Crozon et les îles.

Ces temps de trajet théoriques varient également fortement d'une spécialité à l'autre. On peut ainsi distinguer trois grands groupes de spécialités :

- les **spécialités médicales et chirurgicales les plus courantes** auxquelles plus de la moitié de la population régionale peut accéder en moins de 20 minutes : chirurgie viscérale et orthopédique, soins médicaux en cardiologie, hépato-gastro-entérologie (HGE), pneumologie, neurologie... Pour ces spécialités, plus d'un quart des patients peut généralement être pris en charge dans sa commune de résidence et moins de 10 % de la population réside à plus de 35 minutes de voiture de l'établissement le plus proche ;
- des **spécialités plus techniques** (rhumatologie, ophtalmologie, urologie, chirurgie thoracique et vasculaire...), pour lesquels ces temps d'accès médians s'échelonnent de 20 à 30 minutes ;
- des **spécialités relatives à des prises en charge de haute technicité**, généralement organisées à un niveau suprarégional et réalisées dans les C.H.U., pour lesquelles le nombre de sites autorisés est par conséquent très limité : prise en charge des grands brûlés, chirurgie cardiaque, neurochirurgie... Les temps nécessaires pour se rendre à l'hôpital le plus proche peuvent dans ces cas dépasser une heure.

Des temps de trajet théoriques qui varient selon le degré de technicité des spécialités médicales

Temps d'accès à diverses spécialités hospitalières dans l'établissement autorisé le plus proche (en minutes)



Lecture : si 50 % de la population doit parcourir 30,5 minutes (1) pour accéder à l'établissement autorisé en chirurgie vasculaire le plus proche, 25 % y accède en moins de 14,5 minutes (2) et 75 % en moins de 44,5 minutes (3).

Cependant, 10 % des Bretons sont à plus de 57 minutes (4) d'un tel établissement.

Un temps d'accès nul signifie que le patient réside dans la commune où se situe l'établissement le plus proche. C'est notamment le cas de la cardiologie pour 25 % des Bretons.

Sources : Insee, recensement de la population 2009 ; DREES, PMSI 2010 ; distancier Odomatix.

Des temps d'accès aux soins hospitaliers plus longs en Bretagne que dans la moyenne des régions de province

Temps médians d'accès théoriques et effectifs à diverses spécialités hospitalières (en minutes)

	Bretagne		France métropolitaine hors Île-de-France*	
	Temps d'accès au plus proche	Temps d'accès effectif	Temps d'accès au plus proche	Temps d'accès effectif
Cardiologie médicale	16,5	21	14,5	21,5
Hépatogastro-entérologie	17	20,5	14	18
Chirurgie orthopédique	17	23	14	22
Neurologie médicale	17	20,5	15,5	20,5
Pneumologie	17	20,5	14,5	18
Chirurgie viscérale	17,5	21	14,5	18,5
Cancérologie	19	27,5	15	30
Rhumatologie	20	22,5	18,5	23
Ophthalmologie	20,5	25	16	23
Chirurgie thoracique	24,5	27	25	32
Chirurgie vasculaire	30,5	36	28	31,5
Maternité	19	22	16	17,5
TOTAL	20,5	23	17,5	20,5

* L'Île-de-France a été exclue car le distancier utilisé ne permet pas de calculer des temps d'accès infra-communaux (fixés arbitrairement à 0 minute).

Sources : Insee, recensement de la population 2009 ; DREES, PMSI ; distancier Odomatrix.

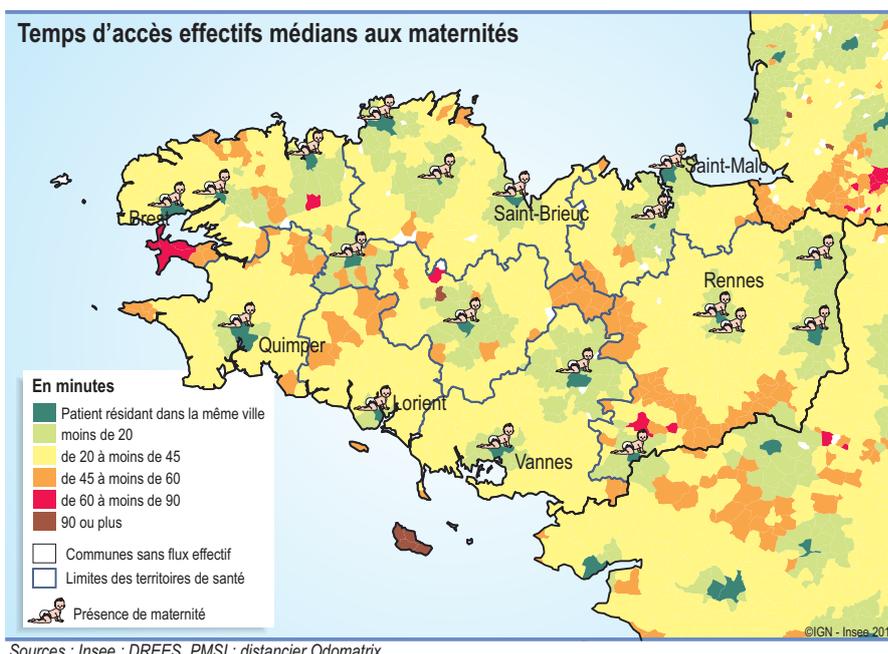
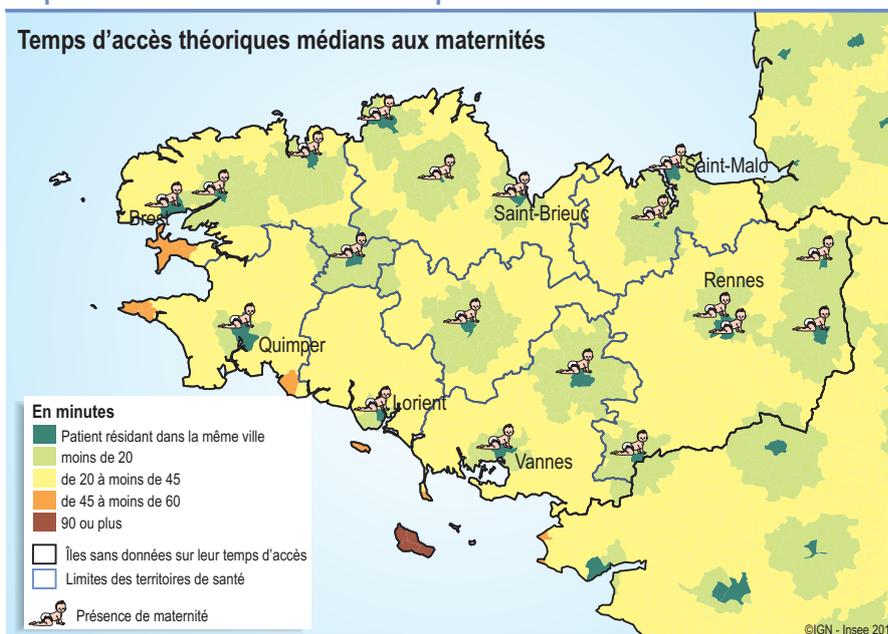
Des temps d'accès réels plus longs qu'en théorie

Ces temps d'accès domicile-hôpital sont théoriques, et traduisent l'offre de soins des territoires plus que l'attraction effective des hôpitaux. En effet, en pratique, les patients ne se rendent pas toujours dans l'établissement le plus proche, soit parce que la complexité des soins requis nécessite de s'éloigner davantage dans le cadre d'une organisation graduée des soins, soit en réponse à un effet de réputation. Cela se traduit par des écarts entre les temps théoriques que mettraient les Bretons s'ils se rendaient toujours à l'hôpital le plus proche et les temps effectivement observés, ces écarts étant plus ou moins importants suivant la spécialité : 3 minutes pour une maternité, 6 minutes pour un service de chirurgie orthopédique, plus de 8 minutes pour un service de cancérologie. Ainsi, si la proximité est un critère déterminant pour le choix d'une maternité, bien que le niveau et la réputation soient également des critères pris en compte, le raisonnement est en revanche tout autre pour une prise en charge en cancérologie (voir encadré).

Globalement, on constate que le temps nécessaire à un patient pour se rendre de son domicile à l'hôpital dans lequel il veut se faire soigner est plus élevé en Bretagne qu'au niveau national : 23 minutes contre 20,5 minutes sur l'ensemble de la France métropolitaine (hors Île-de-France).

Par ailleurs, l'écart de près de 3 minutes entre temps d'accès au plus proche et temps d'accès réel sur la région s'explique en partie par l'existence de zones identifiées comme globalement fragiles, notamment le sud et l'ouest de Rennes et la périphérie de Carhaix, où la présence d'un hôpital de proximité n'incite pas toujours les gens à s'y faire soigner.

La proximité : un critère déterminant pour le choix d'une maternité



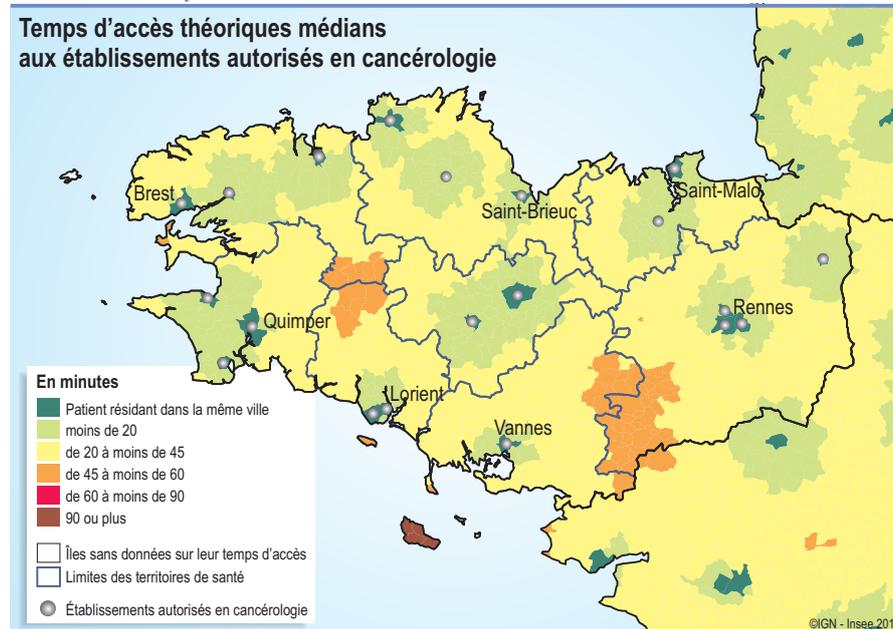
L'accès aux soins en cancérologie en Bretagne : un exemple d'organisation et de gradation des soins

La cancérologie est une spécialité pour laquelle coexistent un besoin de proximité, dans le cadre d'une pathologie nécessitant un suivi à long terme, et un besoin de technicité, permettant de définir des stratégies de soins reposant sur de multiples modes de prises en charge et sur l'utilisation d'équipements de pointe dans un contexte de constante innovation (molécules, protocoles de soins).

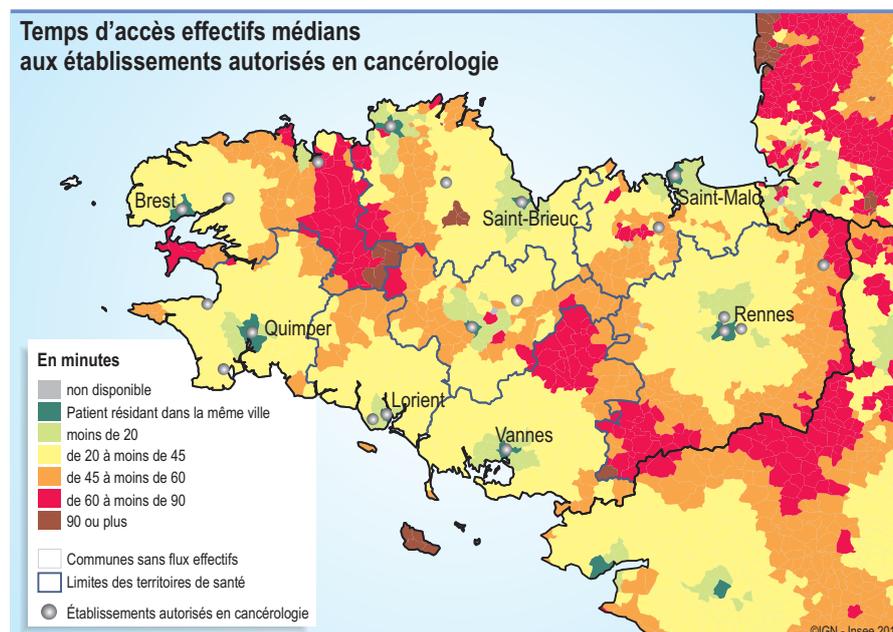
Pour répondre à ce double besoin de proximité et de technicité, l'organisation des soins est structurée au niveau des huit territoires de santé. La prise en charge des patients est assurée par un ou des établissements de référence, autorisés pour la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Ceux-ci peuvent être relayés par des sites de proximité, associés dans le cadre de conventions inter-établissements, permettant à ces derniers d'effectuer des chimiothérapies et prévoyant la mise en place de consultations médicales avancées par des praticiens du site de référence.

Les établissements autorisés s'appuient sur un pôle régional de cancérologie, formé par les deux C.H.U. et le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC), qui a pour rôle principal de les conseiller sur les protocoles de soins et de promouvoir l'intégration de patients bretons dans des projets de recherche thérapeutique.

L'accès aux soins en cancérologie : des établissements de référence et des sites de proximité



Sources : Insee, recensement de la population 2009 ; DREES, PMSI 2010 ; distancier Odomatix



Sources : Insee ; DREES, PMSI ; distancier Odomatix

Les aires d'influence des établissements dessinent une géographie du recours aux soins

L'observation des communes de résidence des patients permet de définir les aires d'influence des hôpitaux de la région : si 30 % des séjours hospitaliers d'une commune ont eu lieu dans le même établissement, on considère que la commune en question fait partie de l'aire d'influence de l'établissement. Les aires d'influence définissent ainsi des zones géographiques au sein desquelles une part importante des patients y résidant a été prise en charge dans un même établissement (ou groupe d'établissements pour les grandes métropoles). Elle illustre la place des principaux pôles hospitaliers dans la géographie de l'accès aux soins en Bretagne et fait ressortir différents profils de zones de recours hospitaliers : des **zones de référence** centrées sur les principales

communes bretonnes, très autonomes, comme autour de Rennes ou de Brest ; des **zones de proximité** éloignées des pôles hospitaliers de référence, capables de répondre aux besoins hospitaliers les plus courants, comme autour de Lannion ou Dinan ; des **zones multipolarisées**, soumises à l'attraction de plusieurs établissements, en fonction de l'éloignement et de la technicité des établissements les plus proches, comme par exemple entre Vannes et Rennes, ou entre Quimper, Lorient, Carhaix et Morlaix.

Globalement, ces aires traduisent une certaine adéquation entre le découpage régional en huit territoires de santé et les comportements des Bretons en termes de séjours hospitaliers. Une analyse plus fine conduit par ailleurs à différencier plusieurs situations au niveau infraterritorial : tandis que les principaux centres hospitaliers des territoires de santé* 1, 4, 6, 7 et 8 dégagent chacun

dans leur périphérie des zones d'influence qui leur sont propres, les établissements des agglomérations quimpéroise, orientale et rennaise bénéficient d'un rayonnement élargi, captant respectivement sur les territoires 2, 3 et 5 une part supérieure à 30 % des flux observés dans des zones pourtant à proximité d'un autre hôpital.

■ Enguerrand Lootvoet, ARS

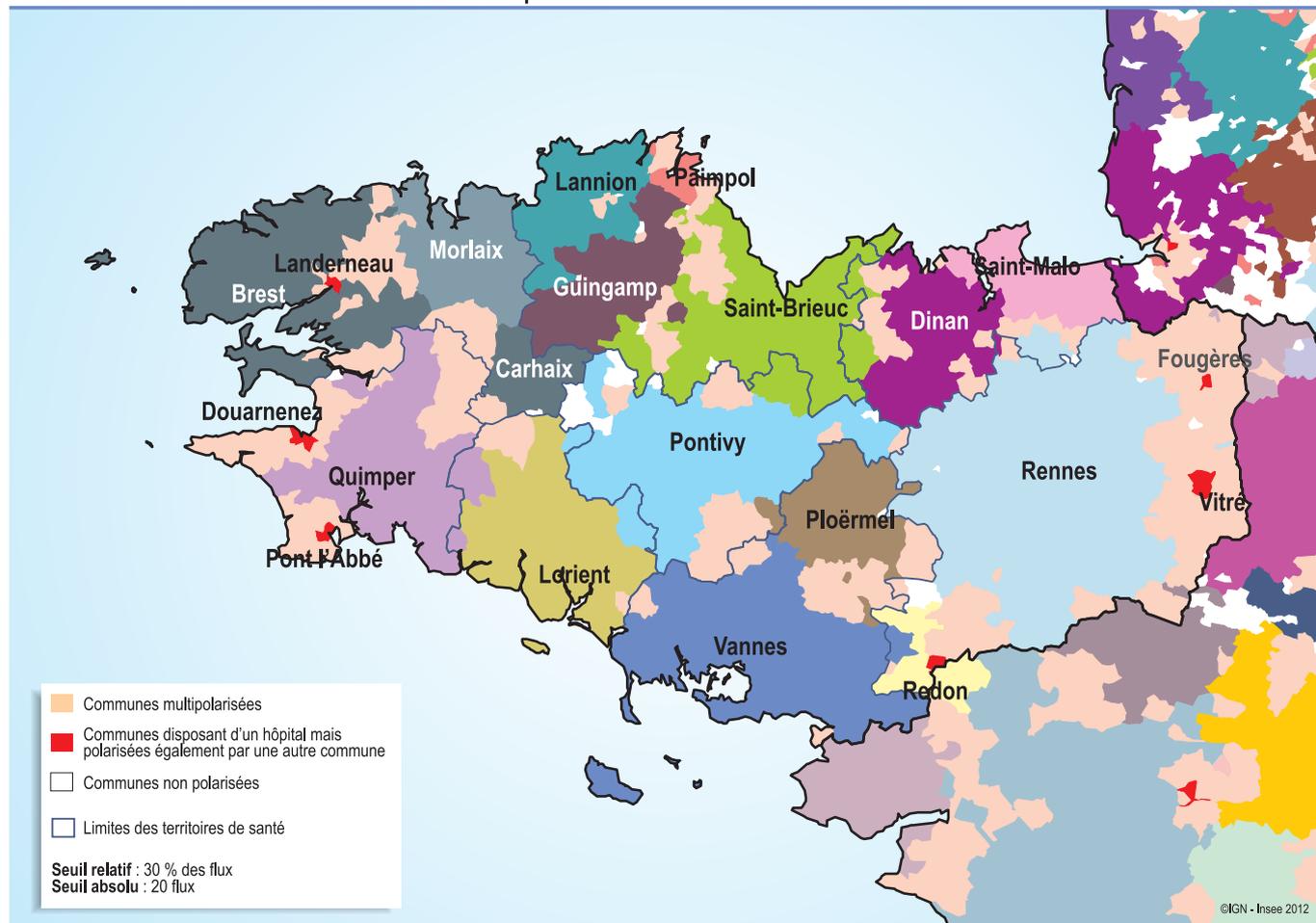
■ Frédéric Pellet, Insee

* Territoires de santé :

- 1 : Brest / Morlaix / Carhaix-Plouguer ;
- 2 : Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé ;
- 3 : Lorient / Quimperlé ;
- 4 : Vannes / Ploërmel ;
- 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon ;
- 6 : Saint-Malo / Dinan ;
- 7 : Saint-Brieuc / Guingamp / Lannion ;
- 8 : Pontivy / Loudéac.

Une certaine adéquation entre le comportement des Bretons et le découpage en territoire de santé

Aires d'influence des établissements de soins hospitaliers



Lecture : plus de 30 % des patients des communes en vert ont été pris en charge dans les établissements de Saint-Brieuc.

Communes multipolarisées (rose clair) : deux établissements distincts ont accueilli chacun au moins 30 % des flux de ces communes.

Communes multipolarisées malgré l'existence d'une offre sur la commune (rouge) : l'établissement de la commune et un autre établissement ont accueilli chacun au moins 30 % des flux de ces communes.

Sources : Insee ; DREES ; PMSI 2010

Les outils présents dans le Projet Régional de Santé (PRS) destinés à faciliter l'accès aux soins en milieu hospitalier

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 prévoit que l'accès aux soins est défini dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Afin de répondre à cet enjeu, le projet régional de santé (PRS) comporte des leviers destinés à faciliter l'accès aux soins hospitaliers notamment :

1. La constitution de communautés hospitalières de territoire et d'équipes médicales de territoire

Les communautés hospitalières de territoire permettent à des établissements de santé publics de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine.

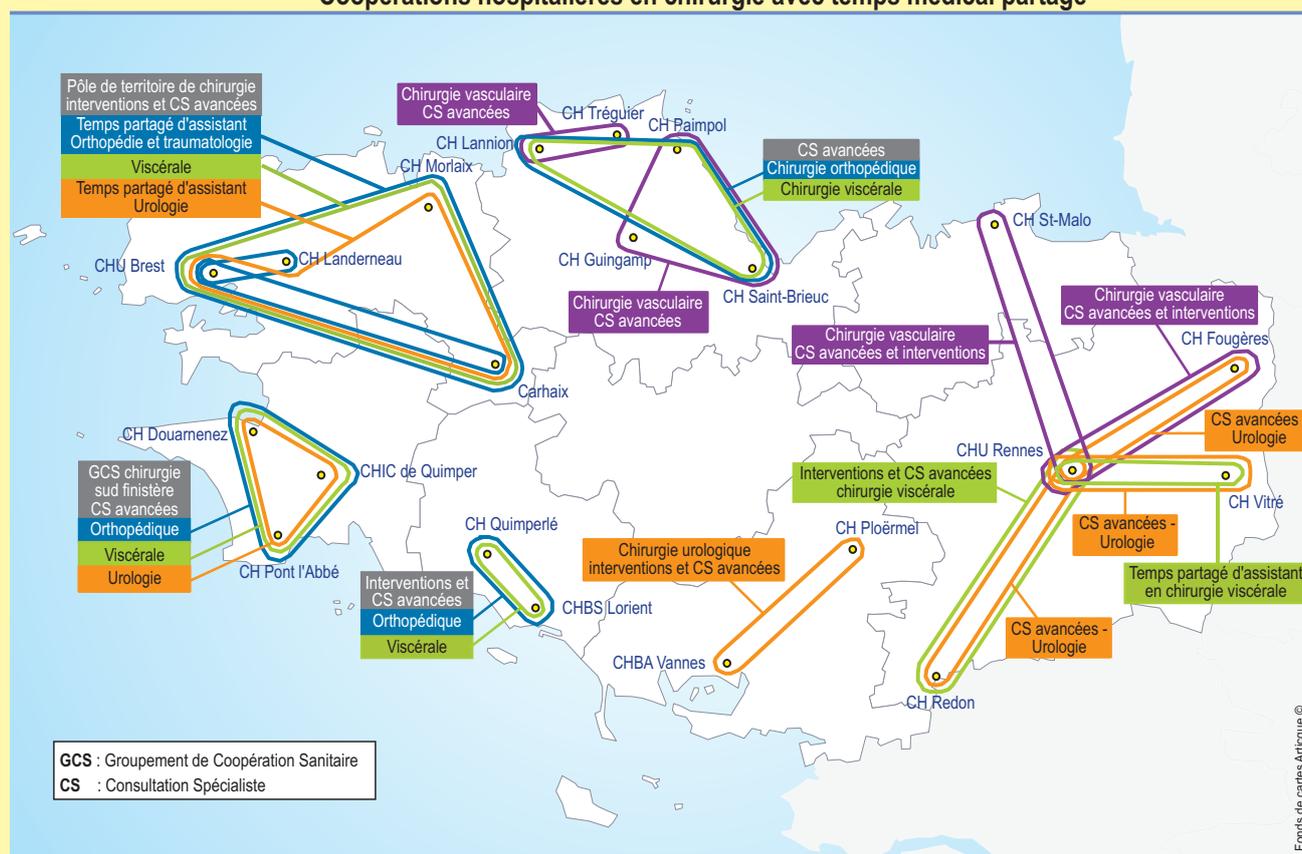
Les équipes médicales de territoire consistent quant à elles à mutualiser des équipes médicales entre plusieurs établissements de santé.

Elles ont pour objectifs :

- de répondre à l'évolution de la démographie médicale ;
- de maintenir l'égalité d'accès de tous aux meilleures thérapeutiques ;
- de permettre un niveau d'activité gage de qualité, de sécurité et de proximité pour la population ;
- de mieux appréhender l'organisation et la répartition des activités de soins dans une approche territoriale, avec des équipes médicales et chirurgicales communes ;
- de mieux organiser les soins hospitaliers de haut niveau, en proximité, par l'organisation de filières de soins (chirurgie, obstétrique, prise en charge des personnes âgées, radiologie, cancérologie, etc.).

La chirurgie est un domaine qui donne de nombreux exemples de coopérations hospitalières, illustrant ainsi les dynamiques mises en place au niveau des territoires de santé.

Coopérations hospitalières en chirurgie avec temps médical partagé



Remarque : n'apparaissent pas les coopérations hospitalières avec les praticiens libéraux et les cliniques privées FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée), mais uniquement les établissements FH (Fédération Hospitalière de France (établissements publics)) et FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne)
Source : données établissements - Enquête ARS, situation à mars 2012

2. Le développement de la télémédecine

L'usage de la télémédecine dans les territoires constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis tant épidémiologiques (dont vieillissement de la population) que démographiques (inégaie répartition territoriale des professionnels de santé) auxquels fait face le système de santé.

3. Le programme portant sur les professions de santé

Ce programme est un outil de pilotage, qui doit permettre à l'ARS de :

- avoir une meilleure vision prospective des ressources et des compétences installées dans les différents territoires de santé ;
- piloter la répartition des professionnels de santé en région en fonction des évolutions de l'offre de santé et des besoins des populations ;
- pouvoir anticiper les évolutions démographiques par grande catégorie de professionnels de santé et agir sur les organisations ;
- définir les objectifs de gestion des ressources humaines et les partager avec les établissements de santé, dans le cadre du développement de la formation et de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Il prévoit un certain nombre de mesures destinées à rendre attractif l'exercice dans les hôpitaux de proximité et donc, à termes, maintenir l'offre de soins disponible dans ces établissements :

- le développement de terrains de stage spécialisés dans les établissements de proximité publics ou privés ;
- le développement du dispositif des primes multi-sites ;
- l'encouragement à la constitution d'équipes médicales de territoires ;
- le développement de postes partagés entre plusieurs établissements (Fédérations médicales inter-hospitalières, Groupement de coopération sanitaire (GCS)...)
- l'utilisation du statut d'assistant spécialiste dans les établissements de proximité.

Source

La Drees et l'Insee ont développé conjointement une méthodologie d'analyse de l'accessibilité aux services de santé des hôpitaux, et de leur fréquentation. Elle mobilise principalement le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2010, qui recense les séjours, avec la localisation du domicile du patient. Trente spécialités sont prises en compte dans l'analyse. Les actes et les consultations externes ne rentrent pas dans le champ de l'étude.

Précisions méthodologiques

Temps de trajet

Ils sont estimés grâce au distancier Odomatrix, développé par l'Inra, qui convertit les distances entre deux communes en temps, en appliquant une vitesse moyenne selon le type de route. Il est basé sur le réseau routier de 2004, qui a pu évoluer depuis, et ne fournit pas de temps d'accès pour les îles, à l'exception de Belle-Île-en-Mer et de l'Île de Groix. Les patients comme les établissements sont localisés au centre-ville ; en conséquence, les patients qui se font soigner dans leur commune de résidence se voient affecter un temps de trajet nul.

Territoires de santé

Ils sont définis par chaque Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre de la loi HPST et constituent le zonage de base pour l'évaluation des besoins de santé de la population et des réponses à y apporter dans le cadre de la politique régionale de santé.

Aires d'influence des hôpitaux

Les communes comprenant un ou plusieurs établissements hospitaliers constituent autant de pôles. Une commune appartient à l'aire d'influence d'un pôle si ce pôle a pris en charge au moins 30 % des séjours de cette commune, et si ce nombre de séjours s'élève au moins à 20 en valeur absolue. Chaque aire d'influence est représentée sur la carte par une couleur distincte. Une commune peut être « multipolarisée » si plusieurs pôles ont hébergé au moins 30 % des séjours des habitants de la commune. La carte des aires d'influence serait évidemment très différente avec un autre seuil que celui de 30 % retenu pour la présente étude. Les établissements de l'agglomération rennaise ont été regroupés pour ne former qu'un pôle hospitalier.

Pour en savoir plus

- [Une offre de soins de premier recours à moins de 10 minutes pour 97 % des Bretons](#) / Christelle Diodat, Frédéric Pellet ; ARS Bretagne ; Insee Bretagne. - Dans : *Octant Analyse* ; n° 45 (2013, fév.). - 6 p.
- [Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités](#) / Julie Solard, Franck Evain ; Drees. - Dans : *Études et résultats* ; n° 794 (2012, mars). - 6 p.
- [Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile](#) / Franck Evain, Mélanie Bigard, David Levy ; Drees ; Insee. - Dans : *Insee Première* ; n° 1397 (2012, mars). - 4 p.
- [Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 - Annexes méthodologiques](#) / Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli... [et al.] ; Irdes. - Dans : *Document de travail* [Drees]. Série sources et méthodes ; n° 22 (2011, juin). - 124 p.
- [Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine](#) / Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli ; Irdes. - Dans : *Questions d'économie de la santé* ; n° 164 (2011, avril). - 8 p.
- ARS Bretagne (www.ars.bretagne.sante.fr)
- Drees (www.drees.sante.gouv.fr)
- Irdes (www.irdes.fr)
- Insee Bretagne (www.insee.fr/fr/regions/bretagne)

Directeur de la Publication : Michel Guillemet

Rédactrice en chef : Armelle Kerromès

Composition : Brigitte Cariou, Jean-Paul Mer

ISSN 2105-1151 - © Insee 2013 - Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2013

INSEE Bretagne

36, place du Colombier

CS 94439

35044 RENNES Cedex

Pour tout renseignement statistique : 09 72 72 40 00 (tarification appel local)