

# MISE EN PLACE D'UN INDICATEUR D'ACCESSIBILITE POTENTIELLE LOCALISEE AFIN DE MESURER LA FRACTURE SANITAIRE EN FRANCE METROPOLITAINE

SKEMA Business School X UFC-Que Choisir

Responsable Scientifique : Benjamin Montmartin

SEPTEMBRE 2021

AT HOME WORLDWIDE\*

\*Cher vous, partout dans le monde

**skema**  
BUSINESS SCHOOL

## SOMMAIRE

### Introduction

- 1. Bases de données mobilisées**
- 2. Méthodologie de calcul du prix d'une consultation**
- 3. Méthodologie du calcul de l'APL**
- 4. Application aux médecins généralistes, pédiatres, ophtalmologues et gynécologues**
  - 4.1 Statistiques descriptives
  - 4.2 Illustration pour la région Ile-de-France

### Recommandations

## INTRODUCTION

L'objectif de la présente étude est de produire un indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) fiable en utilisant des bases de données libres de droits afin qu'il soit répliquable. Cela permettra à l'UFC-Que Choisir de proposer chaque année une analyse de la fracture sanitaire en France et surtout d'être en mesure d'étudier cette dynamique au cours du temps.

L'UFC-Que Choisir a dans le passé (2012 et 2016) décidé de créer un indicateur d'APL se différenciant de l'approche retenue par la DREES. En effet, en tenant compte du prix pratiqué par les professionnels de santé libéraux, l'indicateur produit par l'UFC permet non seulement d'évaluer les inégalités territoriales entre offre et demande de soins, mais également de mettre en évidence les risques de fracture sanitaire liés au système dual français permettant à certains professionnels de fixer librement leurs honoraires.

### 1. BASES DE DONNEES MOBILISEES

Dans cette section, nous décrivons l'ensemble des sources de données mobilisées par SKEMA pour produire un indicateur fiable, répliquable et original.

- 1) ***Pour l'offre de soins et le prix des consultations*** : la CPAM met à disposition chaque mois sur DATA.GOUV **une base de données sur les tarifs des professionnels de santé libéraux**. Cette base recense l'ensemble des professionnels de santé (extraction de l'annuaire AMELI.fr) ainsi que l'ensemble des actes médicaux effectués. Pour cette étude, nous avons mobilisé les informations fournies par la CPAM d'octobre 2020 à juin 2021.
- 2) ***Pour déterminer les liens entre communes*** : nous avons utilisé le logiciel libre GEODA qui permet de déterminer l'ensemble des communes contiguës à une commune.
- 3) ***Pour déterminer le temps de trajet entre chefs-lieux*** : nous avons utilisé le logiciel METRIC-INSEE qui permet de calculer pour chaque couple de communes, la distance en kilomètres ainsi que le temps de trajet en voiture en Heures Creuses (HC) et Heures Pleines (HP). Il a été décidé pour mesurer la distance entre deux chefs-lieux d'utiliser le temps de trajet en voiture moyen (moyenne entre HC et HP).
- 4) ***Pour déterminer les besoins « locaux » en soins de santé*** : nous avons utilisé la base de données OPEN DAMIR 2019 pour analyser les besoins de consultation en fonction de l'âge des patients. Cette base recense l'ensemble des remboursements effectués par l'assurance maladie par type d'actes, professionnels de santé et âge des bénéficiaires.
- 5) ***Pour déterminer la structure de la population de chaque commune*** : nous avons utilisé les données du dernier recensement de la population disponible (2017).

## 2. METHODOLOGIE DE CALCUL DU PRIX D'UNE CONSULTATION POUR UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Comme introduit précédemment, nous utilisons les données fournies par la CPAM sur DATA.GOUV qui sont une extraction mensuelle des données présentes sur AMELI.fr.

En fouillant en détail les informations contenues dans ces bases, SKEMA a mis en évidence une hétérogénéité importante des codes CPAM correspondant aux actes de consultations. En effet, il existe plusieurs actes de consultation différents pour chaque praticien en fonction de nombreux paramètres : âge, complexité de la consultation, parcours de soins ou hors parcours de soins...

Voici par exemple, l'ensemble des actes de consultations (avec leur fréquence d'apparition dans la base de données) réalisés par les pédiatres en France :

Code CCAM de l'acte	Freq.	Percent	Cum.	Base Tarification	Note
CS_	<b>5,989</b>	8.79	8.79	23	
CS_+MEP+NFE	<b>16,794</b>	24.65	33.44	32	<b>MEP</b> : majoration enfant pédiatre
CS_+MEP+NFP	<b>18,013</b>	26.44	59.88	32	
CS_+MPC	1,903	2.79	62.67	25	<b>MPC</b> : majoration du médecin spécialiste
CS_+MPC+MCS	<b>7,321</b>	10.75	73.42	30	<b>MCS</b> : majoration de coordination
CS_+MPC+MCS+MCX	272	0.40	73.82	46	
CS_+MPC+MCS+MTX	9	0.01	73.83	60	
CS_+NFE	<b>12,861</b>	18.88	92.71	28	<b>NFE</b> =nouveau forfait enfant du pédiatre pour les enfants de 2 à 6 ans et de 6 à 16 ans non adressés par le médecin traitant
CS_+NFE+MCX	240	0.35	93.06	44	
CS_+NFE+MEP+MCX	530	0.78	93.84	48	<b>MCX</b> =majoration acte complexe
CS_+NFE+MEP+MTX	11	0.02	93.85	62	<b>MTX</b> =majoration acte très complexe
CS_+NFE+MTX	5	0.01	93.86	58	
CS_+NFP	3,298	4.84	98.70	28	<b>NFP</b> =nouveau forfait pédiatrique
CS_+NFP+MEP+MCX	869	1.28	99.98	48	
CS_+NFP+MEP+MTX	16	0.02	100.00	62	

Face à cette complexité, SKEMA a proposé à l'UFC-Que Choisir deux solutions pour produire un prix de consultation:

- **Algorithme 1 (exemple pour pédiatres) :**

Prendre CS\_ si  $CS_ > CS_ + MEP + NFP$  (0-2ans)

Sinon prendre  $CS_ + MEP + NFP$  (0-2ans)

Si  $CS_ | CS_ + MEP + NFP < 32$  alors utiliser 32

**Note :** Cet algorithme est simple, mais considère de facto que chaque praticien est entièrement spécialisé dans un acte de consultation (CS\_ ou  $CS_ + MEP + NFP$ ). Comme on peut le voir sur le tableau précédent, cette hypothèse est forte étant donné la diversité des actes de consultation. Un autre problème est la comparabilité entre des prix entre praticiens puisque l'acte de référence est différent (CS ou  $CS_ + MEP + NFP$ ).

- **Algorithme 2 (exemple pour pédiatres) :**

**Cet algorithme utilise la fréquence des actes sur AMELI.fr pour le calcul d'un prix moyen de consultation**

Pour les pédiatres, il existe 15 codes de consultations différents qui s'expliquent par différentes majorations. La méthode 1 considère qu'un praticien est entièrement spécialisé sur un type de consultation ce qui n'est pas représentatif de la réalité. Nous disposons pour chaque pédiatre, et sur plusieurs mois, des différents types de consultations réalisées. Par conséquent, nous pouvons produire un prix moyen tenant compte de ces différents types de consultations.

**L'algorithme implique différentes étapes de calcul.**

**Etape 1 : Pour chaque type de convention (1 ou 2), calcul des fréquences de chacun des actes**

➔ L'idée est d'obtenir une fréquence d'acte représentative pour un praticien secteur 1 ou secteur 2

**Etape 2 : Pour chaque praticien, calcul d'une pondération individuelle pour chaque acte effectué :**

➔ L'idée est d'obtenir une estimation de l'importance d'un acte particulier pour un praticien en tenant compte de la fréquence des différents actes en France et de la fréquence des actes réalisés par chaque praticien.

**Exemple :** Un praticien X effectue trois actes de consultation notés 1, 2 et 3. Ces actes représentent respectivement 20%, 40% et 10% des actes de consultation en France. La pondération de chacun des actes pour le praticien X est effectuée de la façon suivante :

**Acte 1 :  $20\%/70\% = 29\%$**

**Acte 2 :  $40\%/70\% = 57\%$**

**Acte 3 :  $10\%/70\% = 14\%$**

### Etape 3 : Calcul du prix moyen individuel d'une consultation

→ L'idée est de calculer un prix moyen pondéré utilisant les poids de l'étape 2

**Exemple :** Un praticien X effectue trois actes de consultation 1,2 et 3 au prix de 30, 35 et 40 euros. Nous estimons que ces actes représentent respectivement 29%, 57% et 14% du total des actes de ce praticien (cf étape 2). Le prix moyen pour une consultation chez ce praticien est calculé de la façon suivante :  $30 \times 29\% + 35 \times 57\% + 40 \times 14\% = 34,25$  euros

**Note :** Cet algorithme permet d'avoir une idée plus fine du prix moyen des consultations pour chaque praticien et surtout une réelle capacité de comparaison des prix entre praticiens, car on tient compte de l'activité moyenne en France ainsi que de l'activité individuelle. L'inconvénient principal de cette méthode est de produire un prix synthétique de l'activité de consultation et non pas un prix pour un acte de consultation donné.

**Après discussion avec l'UFC-Que Choisir, il a été décidé d'implémenter l'algorithme 2.**

### 3. METHODOLOGIE DE CALCUL DE L'APL

À la demande de l'UFC-Que Choisir, l'objectif de cette étude était de produire trois indicateurs d'APL. Le premier (APL1) est similaire (en logique) à celui produit par la DREES, i. e, il ne tient pas compte des prix pratiqués par les professionnels de santé libéraux. Le second (APL2) propose de ne tenir compte que de l'offre des praticiens qui fixent un prix inférieur ou égal au prix d'une consultation du secteur 1. Finalement, le dernier (APL3) utilise l'offre de soin des praticiens qui fixent en moyenne un prix qui ne dépasse pas de plus de 50 % le prix d'une consultation du secteur 1.

Nous présentons ci-dessous une définition formelle de l'indicateur d'APL (APL1) qui se calcule en deux étapes :

#### 1) Identification des zones de patientèles et calcul de densité

Dans un premier temps, on définit une zone de patientèle autour des médecins implantés dans une même commune. On détermine ainsi pour chaque commune  $j$  d'implantation de médecins, l'ensemble des communes  $i$  accessibles avec un déplacement dont le temps de trajet en voiture est inférieur à un seuil de référence  $\bar{d}$ . On calcule ensuite un ratio  $R_j$  qui rapporte l'offre de médecins en  $j$  à la population située dans une aire d'attraction de rayon  $\bar{d}$  centrée sur la commune  $j$  (zone de patientèle) :

$$R_j = \frac{O_j}{\sum_{d_{ij} \leq \bar{d}} w(d_{ij}) \times P_i}$$

$O_j$  : mesure l'offre de médecins dans la commune  $j$  (en ETP)<sup>1</sup>

$w(d_{ij})$  : Pondération relative au temps de trajet entre la commune  $i$  et la commune  $j$

<sup>1</sup> Pour les praticiens exerçant dans différents lieux, nous divisons l'ETP par le nombre de localisations différentes.

$P_i$  : Nombre d'habitants standardisés<sup>2</sup> des communes  $i$  situées une distance de  $j$  inférieure à  $\bar{d}$ .

## 2) Identification des zones de recours et somme des densités calculées dans la première étape

Dans un second temps, on définit pour chaque commune  $i$ , l'ensemble des communes  $j$  de médecins accessibles dans un temps inférieur ou égal à  $\bar{d}$  (zone de recours). Puis on somme les ratios correspondants en les pondérant par le temps de trajet. Le résultat ainsi obtenu représente l'Accessibilité Potentielle Localisée  $APL_i$  pour la population située en  $i$  :

$$APL_i = \sum_{d_{ij} \leq \bar{d}} w(d_{ij}) \times R_j$$

Cette définition formelle de l'APL correspond à la mesure APL1 évoquée précédemment. Pour le calcul des APL2 et APL3, la seule différence concerne la mesure de l'offre de médecins dans la commune  $j$  (en ETP) noté  $O_j$ .

### PARAMETRAGE DE L'APL REALISE PAR SKEMA:

#### 1) Seuil de la zone de recours / accessibilité ( $\bar{d}$ )

On différencie ici les médecins généralistes qui sont beaucoup plus nombreux et dispersés sur le territoire par rapport aux autres spécialités étudiées. Pour les médecins généralistes, le seuil a été fixé à  $\bar{d} = 30$  minutes alors que pour les autres spécialistes, ce seuil a été fixé à  $\bar{d} = 45$  minutes.

#### 2) Pondération du temps de trajet (décroissance de l'accessibilité avec la distance)

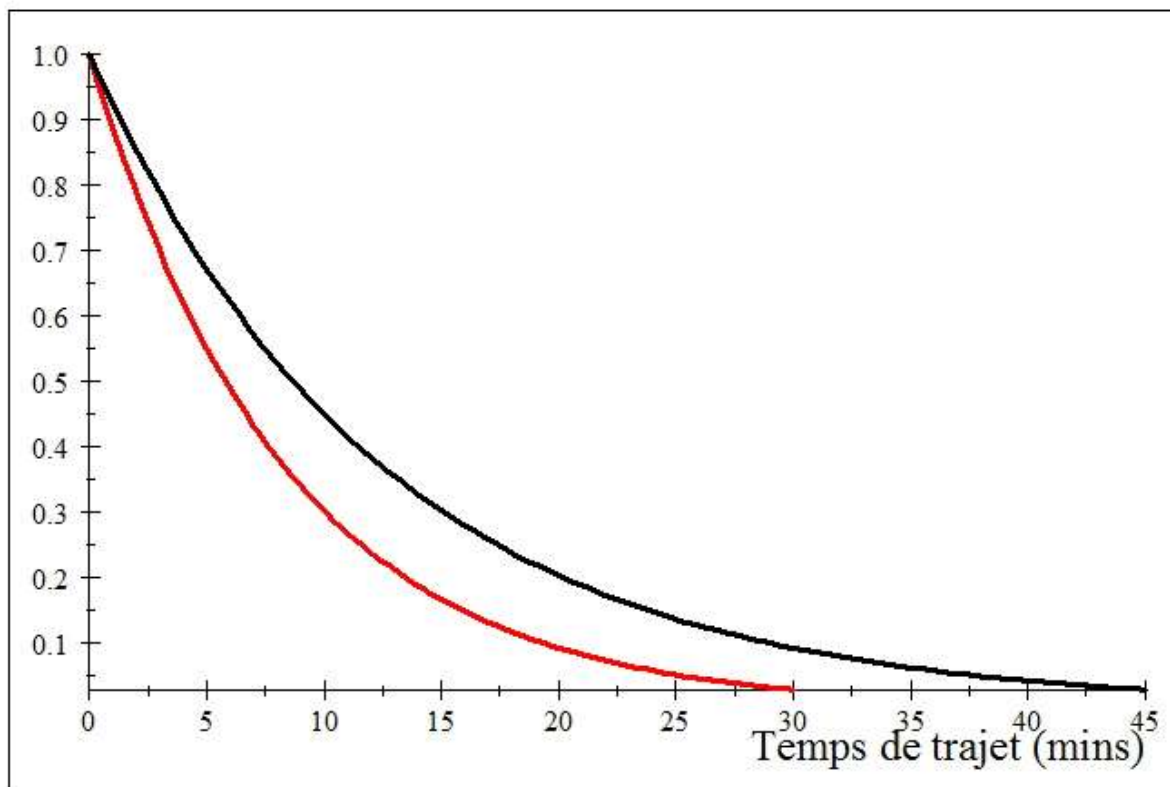
La DREES tout comme les précédentes études menées par l'UFC-Que Choisir utilisaient des seuils pour déterminer la pondération de la distance (exemple fictif) :

Seuil Distance $i$ $j$	Pondération retenue
0-10 minutes	1
10-15 minutes	2/3
15-20 minutes	1/2
20-30 minutes	1/10
+ 30 minutes	0

Bien entendu, l'utilisation de seuils de distance pour fixer la pondération de la distance pose certains problèmes de biais évidents. En effet dans cet exemple fictif, la pondération pour un médecin situé à 20,5 minutes d'un chef-lieu est de 0,1 alors qu'un médecin situé à 19,5

<sup>2</sup> Une population standardisée signifie que nous tenons compte des différences de besoin en soins de santé en fonction de l'âge de la population.

minutes de ce même chef-lieu sera de 0,5. Afin d'éviter ces biais et de rendre mieux compte de l'accessibilité réelle, SKEMA a proposé à l'UFC-Que Choisir d'utiliser une fonction mathématique continue pour déterminer la pondération de la distance.



Ce graphique représente les fonctions de pondération de la distance retenues dans cette étude. Cette fonction s'appelle communément une fonction exponentielle négative. En rouge, nous présentons la fonction pour les médecins généralistes et en noir celle pour les autres professionnels de santé libéraux. Le paramétrage de ces deux fonctions a été réalisé sur la base des travaux de la DREES<sup>3</sup> et des recommandations de l'UFC-Que Choisir.

### 3) Pondération de la population selon l'âge

L'objectif de ce paramétrage est de tenir compte de la spécificité démographique de chaque commune, car les besoins de santé sont fortement dépendants de la structure démographique. Pour réaliser ce paramétrage, nous avons utilisé la base de données OPEN-DAMIR de 2019 qui recense l'ensemble des actes médicaux recensé par l'assurance maladie. Grâce à cette base de données, nous pouvons, pour chaque spécialité de médecine, connaître le nombre d'actes (consultation) effectués par tranches d'âge (0-20/20-30/40-50/50-60/60-70/70 —80/ 80+). Pour les pédiatres, où ces tranches d'âge ne font pas sens, nous avons réutilisé le paramétrage effectué par l'UFC-Que Choisir en 2016.

<sup>3</sup> « Analyse de sensibilité de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) », DREES, Document de travail 70, février 2016



#### 4. APPLICATION AUX MEDECINS GENERALISTES, PEDIATRES, OPHTALMOLOGUES ET GYNECOLOGUES

*L'APL pour chaque spécialité de médecine a été calculée pour les 34 875 communes métropolitaines françaises.*

##### 4.1. Statistiques descriptives

###### *APL pour les médecins généralistes*

<i>Statistiques</i>	<i>APL générale (APL1)</i>	<i>APL tarif conventionné (APL2)</i>	<i>APL avec dépassement &lt;50% du prix conventionné (APL3)</i>
<i>Moyenne</i>	55.06715	54.14755	54.73523
<i>Médiane</i>	51.47448	50.68063	51.21701
<i>Min</i>	0	0	0
<i>Max</i>	821.6764	821.6764	821.6764
<i>Q1</i>	39.35746	38.73717	39.19944
<i>Q3</i>	66.77805	65.76965	66.35496
<i>Kurtosis</i>	60.12569	64.07978	61.74914

L'APL générale moyenne pour les médecins généralistes est de 55.

50 % des communes françaises ont une APL comprise entre 39 et 66 et 50 % des communes françaises ont une APL inférieure à 51.

Les mesures de Kurtosis est un indicateur permettant de rendre compte de l'importance d'APL extrêmes, i.e., de communes ayant un indicateur d'APL très éloigné de la moyenne. La référence pour cet indicateur est 3 (correspond à une distribution suivant la loi normale). Pour les médecins généralistes, cet indicateur est supérieur à 60 ce qui est très supérieur à 3. Cela dénote donc que de nombreuses communes ont une APL très différente de la moyenne.

Les autres APL calculées (APL2 et APL3) rendent compte d'une réalité très similaire à la mesure APL1.

### **APL pour les pédiatres**

<b>Statistiques</b>	<b>APL générale (APL1)</b>	<b>APL tarif conventionné (APL2)</b>	<b>APL avec dépassement &lt;50% du prix conventionné (APL3)</b>
<i>Moyenne</i>	1.304298	0.9322569	1.178991
<i>Médiane</i>	0.8870304	0.6179683	0.8172954
<i>Min</i>	0	0	0
<i>Max</i>	28.73629	28.73629	28.73629
<i>Q1</i>	0.2497583	0.160286	0.2251027
<i>Q3</i>	1.846014	1.328667	1.6894
<i>Kurtosis</i>	14.04223	25.92579	16.95288

L'APL générale moyenne pour les pédiatres est de 1,3.

50 % des communes françaises ont une APL comprise entre 0.24 et 1,84 et 50 % des communes françaises ont une APL inférieure à 0,88.

Pour les pédiatres, le Kurtosis pour la mesure générale de l'APL est de 14, très supérieur au seuil de référence (3). Cela dénote donc que de nombreuses communes ont une APL très différente de la moyenne.

Il est intéressant de noter une très forte différence entre les valeurs de nos différentes mesures d'APL. En effet, l'APL moyen est réduit d'environ 30 % si l'on se focalise sur les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2). Le Kurtosis augmente très fortement également passant de 14 à près de 26. Cela souligne donc que l'hétérogénéité des communes est encore plus forte.

### **APL pour les gynécologues**

<b>Statistiques</b>	<b>APL générale (APL1)</b>	<b>APL tarif conventionné (APL2)</b>	<b>APL avec dépassement &lt;50% du prix conventionné (APL3)</b>
<i>Moyenne</i>	4.586879	2.502267	3.147807
<i>Médiane</i>	3.478479	1.888941	2.404321
<i>Min</i>	0	0	0
<i>Max</i>	64.2173	60.31883	60.31883
<i>Q1</i>	1.459763	0.7324218	1.00656
<i>Q3</i>	6.439306	3.547302	4.419108
<i>Kurtosis</i>	12.6094	25.17848	17.63816

L'APL générale moyenne pour les gynécologues est de 4.6.

50% des communes françaises ont une APL comprise entre 1.46 et 6.44 et 50% des communes françaises ont une APL inférieure à 3.47.

Pour les gynécologues, le Kurtosis pour la mesure générale de l'APL est de 12, très supérieur au seuil de référence (3). Cela dénote donc que de nombreuses communes ont une APL très différente de la moyenne.

Il est intéressant de noter une très forte différence entre les valeurs de nos différentes mesures d'APL. En effet, l'APL moyen est réduit de plus de 40% si l'on se focalise sur les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2). Le Kurtosis augmente très fortement et fait plus que doubler passant de 12 à plus de 25. Cela souligne donc que l'hétérogénéité des communes en termes d'accès aux soins des gynécologues est encore plus forte lorsque l'on se focalise sur les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

### ***APL pour les ophtalmologues***

<b><i>Statistiques</i></b>	<b><i>APL générale</i></b>	<b><i>APL tarif conventionné</i></b>	<b><i>APL avec dépassement &lt;50% du prix conventionné</i></b>
<i>Moyenne</i>	3.918417	2.080533	2.819636
<i>Médiane</i>	3.145069	1.539726	2.161324
<i>Min</i>	0	0	0
<i>Max</i>	43.37362	31.73421	43.37362
<i>Q1</i>	1.478011	0.6271183	0.9458925
<i>Q3</i>	5.491972	2.943043	3.953101
<i>Skewness</i>	1.743416	2.369775	2.141063
<i>Kurtosis</i>	8.655657	15.00871	12.81283

L'APL générale moyenne pour les ophtalmologues est de 3.9.

50% des communes françaises ont une APL comprise entre 1.48 et 5.49 et 50% des communes françaises ont une APL inférieure à 3.14.

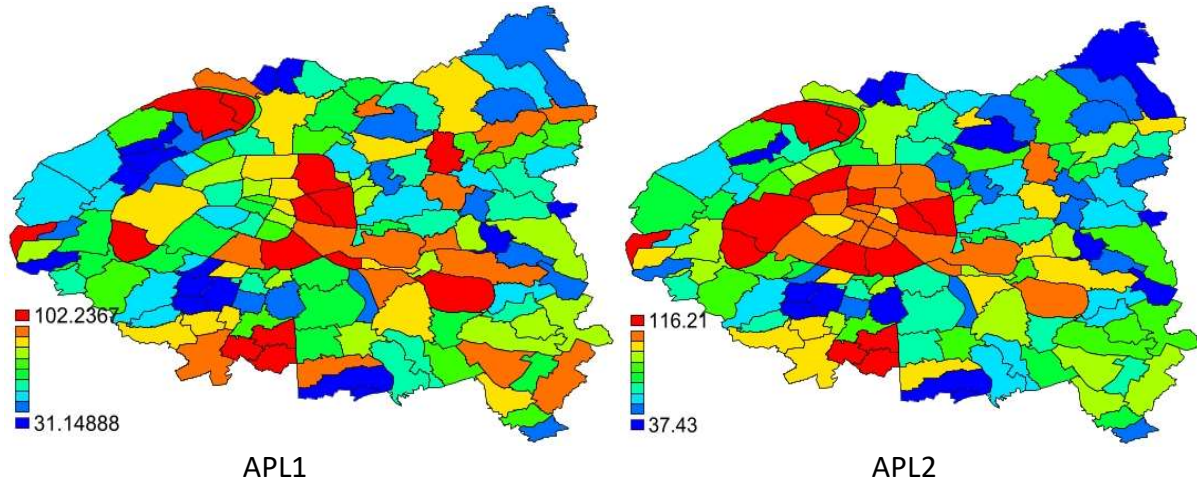
Pour les ophtalmologues, le Kurtosis pour la mesure générale de l'APL est de 8.6, très supérieur au seuil de référence (3). Cela dénote donc que de nombreuses communes ont une APL très différente de la moyenne.

Il est intéressant de noter une très forte différence entre les valeurs de nos différentes mesures d'APL. En effet, l'APL moyen est réduit de près de 50% si l'on se focalise sur les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2). Le Kurtosis augmente très fortement passant de 8.6 à plus de 15. Cela souligne donc que l'hétérogénéité des communes en termes d'accès aux soins des ophtalmologues est encore plus forte lorsque l'on se focalise sur les médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

#### 4.2. Illustration pour la région Ile-de-France

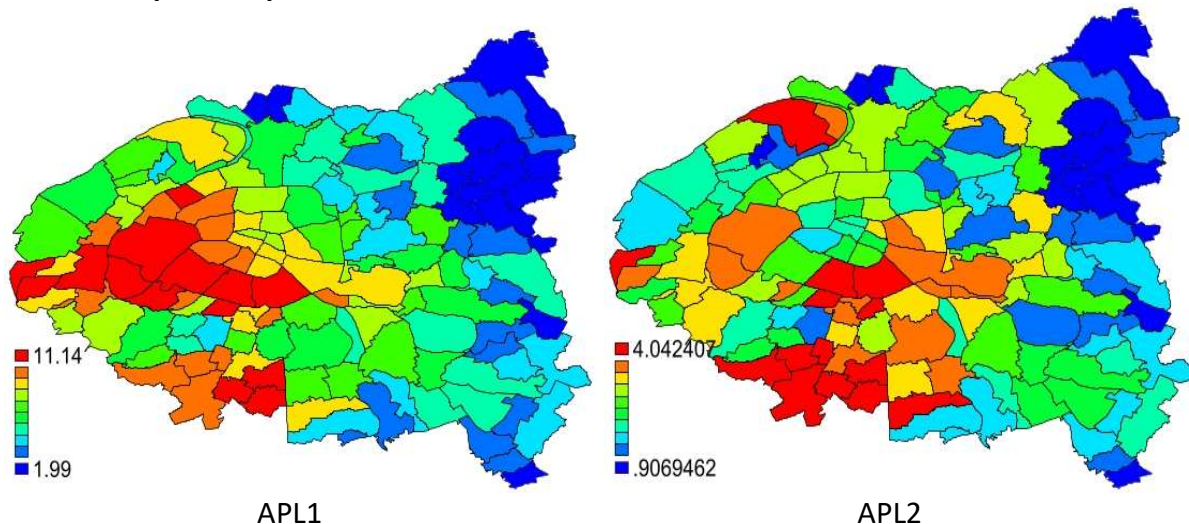
Dans cette section, nous comparons de façon visuelle l'APL des différentes catégories de médecins étudiées. Plus précisément, nous comparons l'APL1 (sans tenir compte des prix) et l'APL2 (retenant les médecins libéraux ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires).

##### *APL pour les médecins généralistes en IDF*



Même si les médecins généralistes sont très majoritairement en secteur 1 et donc ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires, il apparaît une différence d'accessibilité assez significative entre les mesures APL1 et APL2. Cela concerne notamment Paris où l'APL se réduit significativement dans les arrondissements de l'Ouest lorsque l'on élimine les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires (APL2 vs APL1).

##### *APL pour les pédiatres en IDF*

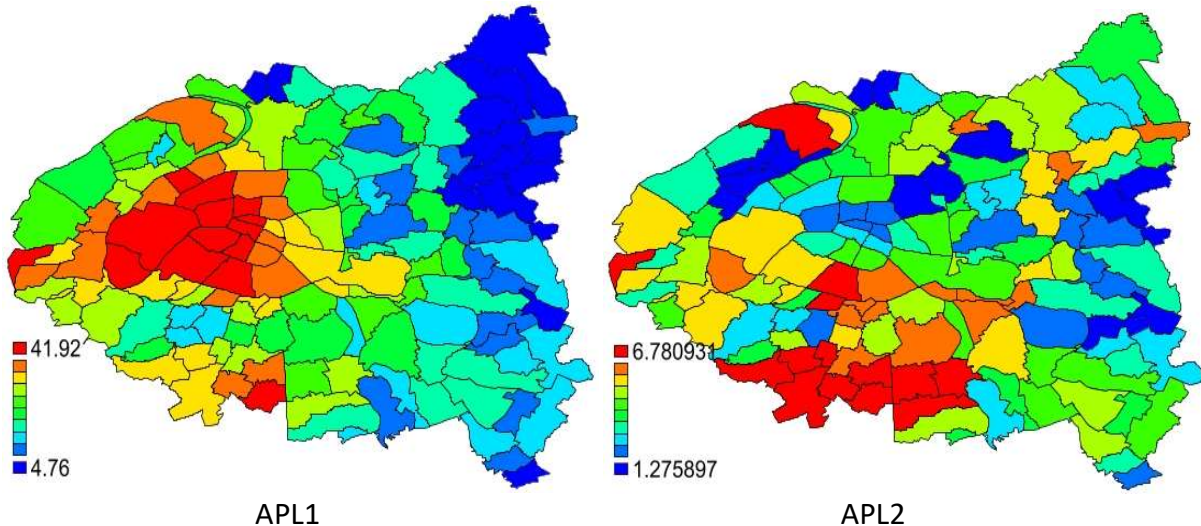


Ces deux graphiques de l'APL1 et APL2 pour les pédiatres sont très intéressants. En effet, l'APL se réduit drastiquement si l'on ne tient pas compte des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires (APL2). Les bornes de l'APL1 sont [1,99 ; 11,14] contre [0,90 ; 4,04] pour l'APL2. Il est également intéressant de noter la forte polarisation de l'offre de soin dans la région IDF. En effet si la plupart des communes de l'Ouest semblent relativement bien



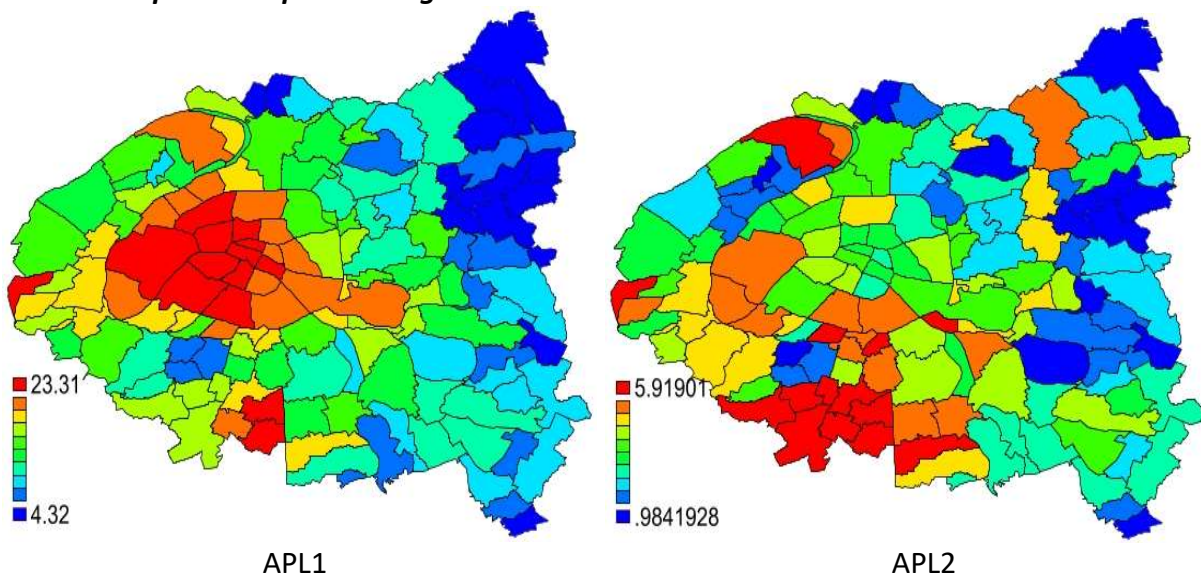
dotées (APL1), une fracture assez nette apparaît avec les communes de l'Est et notamment celles du département 93. Si l'on s'intéresse aux médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2), on voit que la fracture relative s'atténue un peu (les communes de l'Ouest étant moins bien dotées relativement), mais reste très visible.

***APL pour les gynécologues en IDF***



Comme pour les pédiatres, ces deux graphiques montrent une réduction encore plus drastique de l'APL si l'on ne tient pas compte des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires (APL2). Les bornes de l'APL1 sont [4,76 ; 41,92] contre [1,27 ; 6,78] pour l'APL2. Il est également intéressant de noter la forte polarisation de l'offre de soin dans la région IDF. En effet si la plupart des communes de l'ouest semblent relativement bien dotées (APL1), une fracture assez nette apparaît avec les communes de l'Est. Si l'on s'intéresse aux médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2), cette fracture relative est bien moins nette et se sont les communes du sud de la région qui semble les mieux dotées. En revanche l'accès aux soins dans les arrondissements parisiens n'est pas plus fort que celle des autres communes de la région en utilisant cette définition de l'APL.

***APL pour les ophtalmologues en IDF***



Concernant les ophtalmologues, ces deux graphiques montrent également une réduction drastique de l'APL si l'on ne tient pas compte des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires (APL2). Les bornes de l'APL1 sont [4,32 ; 23,31] contre [0,98 ; 5,91] pour l'APL2. Il est également intéressant de noter la forte polarisation de l'offre de soin dans la région IDF. En effet si la plupart des communes de l'Ouest semblent relativement bien dotées (APL1), une fracture assez nette apparaît avec les communes de l'Est. Si l'on s'intéresse aux médecins ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (APL2), cette fracture relative est bien moins nette et ce sont les communes du sud de la région qui semblent les mieux dotées.

## RECOMMANDATIONS

Le caractère complexe du calcul de l'APL (cf section 4) ne permet pas selon de disposer d'un indicateur interprétable facilement. Etant donné que la méthodologie développée pour cette étude se base uniquement sur des données libres d'utilisation, nous ne disposons pas de certaines informations utilisées par la DREES pour leur calcul de l'APL (notamment le nombre d'actes réalisés par chaque professionnel de santé). Si cela n'a pas d'incidence significative sur la comparabilité de l'APL entre territoires, il nous paraît dangereux de vouloir donner une interprétation simple de cet indicateur comme le fait la DREES.

Nous préconisons donc à l'UFC-Que Choisir :

- 1) D'utiliser l'indicateur APL en tant que mesure comparative (entre territoires) de la disponibilité des professionnels de santé**
- 2) De ne pas comparer les indicateurs d'APL entre les différentes professions de santé**

### **Bibliographie Indicative**

- IRDES (2020), « Quelle accessibilité à la médecine générale de ville en Île-de-France ? », Focus Santé en Île-de-France, Avril 2020
- IRDES (2016), « Analyse de sensibilité de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) », document de travail n°70, février 2016
- IRDES (2012), « L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », document de travail n°51, décembre 2012
- DREES & IRDES (2012), « L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », études et résultats N° 795, mars 2012
- DRESS (2016), « Portrait des professionnels de santé », Panorama de la DREES Santé, Edition 2016