

Les acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins

Étude de quatre territoires franciliens

*Phase 2 de l'étude sur l'accessibilité aux médecins de
premier recours*

Étude réalisée par

Laura COTTARD¹, Corinne PRAZNOCZY¹, Catherine MANGENEY²

¹ Chargées d'études à l'ORS Île-de-France

² Chargée d'étude à l'IAU île-de-France

Remerciements

Merci aux membres du comité de pilotage pour leur aide dans la réalisation de cette étude.

- *Julien Galli, responsable SROS, ARS Île-de-France ;*
- *Pierre Ouahnon, directeur du pôle ambulatoire et service aux professionnels de santé, ARS Île-de-France ;*
- *Stephan Domingo, responsable département ambulatoire et professionnels de santé, ARS délégation territoriale de Seine-et-Marne ;*
- *Elizabeth D'Estaintot : médecin responsable du pôle ambulatoire, ARS délégation territoriale de Seine-Saint-Denis ;*
- *Laurent El Ghozi, président, association ESPT ;*
- *Marion Sourd, chargée de projet, association ESPT ;*
- *Olivier Aynaud, médecin, CESER ;*
- *Rachel Ramos, chef de service adjointe, Direction de la PMI et de la Petite Enfance, Conseil Général de Seine-et-Marne ;*
- *Guillaume Le Mab, responsable veille sanitaire, Conseil Général de Seine-Saint-Denis ;*
- *Hélène Preux, chargée de mission santé, Conseil Régional d'Île-de-France ;*
- *Catherine Richard, chargée de mission pôle santé, DRJSCS.*

Et merci plus particulièrement aux personnes qui ont accepté de nous recevoir en entretien : élus et services de santé municipaux, professionnels de santé en libéral, en centre municipal de santé et en hôpital, travailleurs sociaux et membres bénévoles d'associations.

Merci également à Adrien Saunal et Myriam Dalbarade, chargés d'études à l'ORS Île-de-France.

Citation recommandée : Cottard L., Praznocy C., Mangeney C., Les acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins, étude de quatre territoires franciliens. Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 2012.

Document téléchargeable sur le site de l'ORS Île-de-France : www.ors-idf.org et de l'IAU Île-de-France : www.iau-idf.fr

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'Île-de-France



Sommaire

Introduction	5
1. Les acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins : quatre monographies	9
1.1 Aulnay-sous-Bois : réorganiser et développer l'offre de soins communale pour améliorer l'accès aux soins	11
• Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Aulnay-sous-Bois	11
• Résultats de la phase 2.....	12
1.2 La Brie Nangissienne : lutter contre la désertification médicale dans un territoire rural.....	19
• Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours dans la communauté de communes de la Brie Nangissienne.....	19
• Résultats de la phase 2.....	20
1.3 Colombes : réflexion autour des inégalités d'accès aux soins.....	27
• Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Colombes	27
• Résultats de la phase 2.....	28
1.4 Rungis : l'accès aux soins, un enjeu non identifié ?.....	33
• Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Rungis	33
• Résultats de la phase 2.....	33

2. Avis des acteurs rencontrés sur la phase 1	37
2.1 Jugement global sur la phase 1	38
• Un diagnostic globalement en cohérence avec leur connaissance du territoire	38
• Les évolutions depuis 2006.....	38
2.2 Jugement sur la méthodologie	39
• Le souhait d'une vision plus globale	39
• Les limites de l'approche statistique régionale : comment prendre en compte les ruptures urbaines ?	39
• Les seuils d'accessibilité dans la proximité	39
3. Synthèse	41
3.1 Perception et caractérisation de la problématique de l'accès aux soins	42
• Un système de soins de premier recours sous tension	42
• Le départ des médecins, un cercle vicieux : la crainte du scénario catastrophe	42
• L'accès aux soins au-delà de la démographie médicale	43
3.2 Politiques locales d'accès aux soins : instruments et grandes postures	44
• Le regroupement, un instrument privilégié d'action sur l'offre de soins	44
• Les grandes postures vis-à-vis de la problématique de l'accès aux soins par territoire.....	45
Conclusion et perspectives	47
Annexes	51

Introduction

L'accès aux soins est défini comme « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé »¹. Souvent utilisée de manière imprécise, l'expression désigne deux phénomènes distincts :

- l'accès potentiel aux soins : l'accessibilité ;
- l'accès effectif : le recours².

En 2011, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France (IAU) a mené une étude visant à mesurer l'« accessibilité » des Franciliens à un « bouquet » de médecins de premier recours : généralistes, dentistes, gynécologues, pédiatres et ophtalmologues libéraux, ainsi qu'aux centres de santé. Cette étude a été publiée en septembre 2011³.

La méthodologie mise au point part des habitants depuis un niveau géographique fin (maillage régional en carrés de 250 mètres de côté). Elle tient compte de l'accès aux services dans des rayons « raisonnables » en se dédouanant des limites communales ainsi que de la disponibilité des médecins. Elle permet de proposer un diagnostic –homogène pour l'ensemble du territoire régional – des inégalités infra-communales d'accès dans la proximité aux services sanitaires de premier recours.

Méthodologie de la phase 1 : l'approche statistique

Pour caractériser les mailles, l'IAU îdf a défini cinq niveaux d'accessibilité combinée vers cinq catégories de professionnels de santé de premier recours et tenant compte des centres de santé :

- **Accessibilité très mauvaise** : mailles très mal pourvues dans toutes les disciplines étudiées.
- **Accessibilité mauvaise** : mailles avec un relativement bon niveau d'accessibilité aux généralistes et dentistes, mais avec une accessibilité très mauvaise pour les trois autres spécialités (gynécologues, pédiatres et ophtalmologues).
- **Accessibilité moyenne** : mailles dans une situation intermédiaire avec une accessibilité relativement bonne pour une ou deux spécialités et mauvaise pour les autres.
- **Accessibilité bonne** : mailles avec une accessibilité bonne pour les cinq types de professionnels de santé, voire très bonne pour une ou deux catégories de médecins.
- **Accessibilité très bonne** : mailles les mieux pourvues, avec une accessibilité excellente le plus souvent pour les cinq catégories de professionnels de santé étudiés.

Les résultats, notamment cartographiques, montrent des inégalités infra-communales loin d'être négligeables et qui reposent largement sur des facteurs associés aux niveaux de centralité et de densité urbaine. Les inégalités observées s'expliquent aussi, dans une moindre mesure, par des facteurs associés aux caractéristiques sociales. Un effet « quartier », cumulatif à l'effet « caractéristiques communales » se dégage également.

¹ Lombraïl P., « Accès aux soins », in D. Fassin et al., Les inégalités sociales de santé, La Découverte « Recherches », 2000 p. 403-418.

² Lombraïl P. et Pascal J., « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 2005/3 n°8, p. 31-39.

³ Mangeney C., Mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France, IAU île-de-France, 2011 <http://www.iau-idf.fr/detail-dune-etude/etude/la-mesure-de-laccessibilite-aux-medecins-de-premier-re.html>

Cette approche régionale à la maille est une approche statistique, schématisant et déformant forcément la réalité locale. D'autant que les données utilisées sont les données disponibles, ce qui n'englobe pas l'ensemble du souhaitable (les données sur les temps d'activité des médecins par exemple n'ont pas pu être intégrées). Si cette approche statistique régionale présente l'intérêt d'offrir une première approche d'identification des inégalités infra-communales d'accessibilité potentielle aux médecins de premier recours, l'IAU îdf et son département autonome l'ORS ÎdF ont souhaité poursuivre la démarche, sous la direction de l'ORS, par une phase de confrontation « terrain ».

La phase 2 : une phase de validation « terrain »

La présente étude (phase 2) menée par l'ORS îdf s'est déroulée entre février et juin 2012. Elle vise, sur quatre terrains d'étude, à recueillir le ressenti d'acteurs locaux directement concernés par les questions d'accès aux soins et à le confronter aux résultats statistiques de la phase 1. Elle doit permettre d'identifier si les inégalités d'accès observées statistiquement sont perçues de la même manière sur le terrain et si certains facteurs (présence d'un équipement hospitalier, dessertes spécifiques, ruptures urbaines, besoins spécifiques de la population, dynamique associative, politique locale...) impactent les niveaux d'accessibilité.

Il s'agit notamment de tester les hypothèses suivantes retenues en phase 1 :

- Le seuil d'accessibilité dans la proximité de l'offre disponible, fixé à 1 km.
- La répartition du temps de travail des professionnels de santé (70% de leur temps dans leur cabinet principal et à 30% dans leur cabinet secondaire, à l'hôpital, etc).
- La répartition du carnet de rendez-vous des professionnels de santé : 40% avec des patients résidant à 500 mètres ou moins du cabinet, puis respectivement 30, 15, 10 et 5% pour des rayons de 500 m à 1 km, de 1 à 2,5 km, de 2,5 à 5 km et de 5 à 10 km.

L'étude propose également une analyse du positionnement des acteurs locaux vis-à-vis de la question de l'accès aux soins, en interrogeant leur perception de la problématique (situation de leur territoire, degré d'urgence, priorisation de certains aspects...) et en recensant les actions et projets éventuellement mis en œuvre (développement ou réorganisation d'une offre de soins communale, action sur l'offre de soin libérale, amélioration de l'accès aux droits, diffusion de l'information...).

Pour cela l'étude s'appuie principalement sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des acteurs locaux directement concernés par la question de l'accès aux soins dans quatre territoires franciliens : trois communes et une communauté de communes.

A travers cette étude sont ainsi abordés les principaux aspects de l'accessibilité de la phase 1 (existence d'une offre de soins de premier recours suffisante à proximité), mais aussi les autres dimensions de l'accès aux soins (dimension sociale, culturelle, financière, accès aux droits...). Bien que portant sur un échantillon non représentatif de territoires franciliens, l'étude donne un certain nombre d'indications sur la prise en compte de cette question de l'accès aux soins au niveau local.

Méthodologie de la phase 2

L'étude porte sur l'analyse de quatre territoires franciliens : trois communes et une communauté de communes (Aulnay-sous-Bois en Seine-Saint-Denis, la Brie Nangissienne en Seine-et-Marne, Colombes dans les Hauts-de-Seine, Rungis dans le Val-de-Marne). Ces territoires ont été choisis par les membres du comité de pilotage car ils semblaient refléter une diversité de situations en matière d'accès aux soins :

- **Aulnay-sous-Bois** : territoire urbain dense, présence d'une zone urbaine sensible (ZUS) et d'un Atelier Santé Ville (ASV), contrat local de santé en cours, problématique d'une offre complémentaire à prendre en compte (hôpitaux), présence d'un centre municipal de santé (CMS). Ville scindée en deux sur le plan de l'accessibilité aux médecins de premier recours.
- **La Brie Nangissienne** : territoire rural, avec questionnement particulier sur la validité de la méthode de la phase 1 et des seuils pour ce type de territoire.
- **Colombes** : territoire urbain, contrat local de santé en cours, présence d'une ZUS, d'un ASV, d'un hôpital et d'un CMS. Différents niveaux d'accessibilité au sein de la commune.
- **Rungis** : territoire urbain enclavé. Population relativement aisée. Faible accessibilité aux médecins mais aussi à d'autres équipements.

Dans chacun de ces territoires, différentes catégories d'acteurs locaux potentiellement concernés par la question de l'accès aux soins ont été interrogées :

- **Acteurs publics** : élus et services santé de la commune, coordinateurs de l'ASV ;
- **Professionnels de santé** : professionnels de centres municipaux de santé ou de l'hôpital, professionnels de santé libéraux ;
- **Travailleurs sociaux** : membres d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ;
- **Relais habitants** : membres d'associations en lien avec la santé et en contact direct avec les habitants.

Cette diversité de profils nous a permis d'aborder la question de l'accès aux soins aussi bien dans ses dimensions géographiques que politiques, sociales, culturelles ou financières. Après un premier contact téléphonique au mois de février, des entretiens semi-directifs en face-à-face ont été organisés en mars. La plupart du temps individuels, certains d'entre eux ont été groupés à la demande des participants. Les éléments quantitatifs issus de la phase 1 de l'étude concernant leur territoire ainsi qu'un récapitulatif de la méthodologie employée leur ont été communiqués par mail dans la semaine précédant l'entretien, afin de leur permettre une éventuelle préparation.

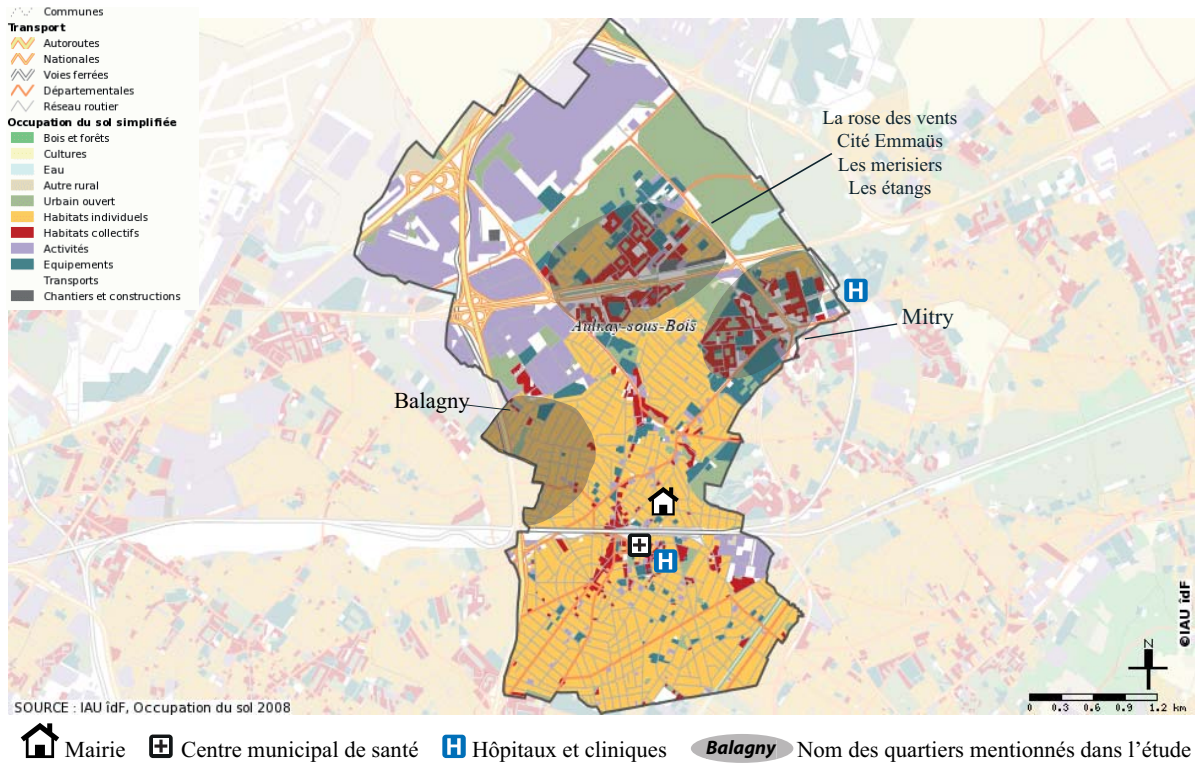
Les entretiens ont duré une à deux heures et se sont déroulés en deux temps :

- Évocation de leur activité et de la manière dont elle les amène à se confronter à la problématique de l'accès aux soins. Sentiment sur la situation de la commune ou de l'intercommunalité en la matière et initiatives locales mises en place.
- Retour sur les résultats de la phase 1 pour leur territoire autour des cartes disponibles. Pertinence du diagnostic esquissé et de la méthodologie employée pour leur territoire.

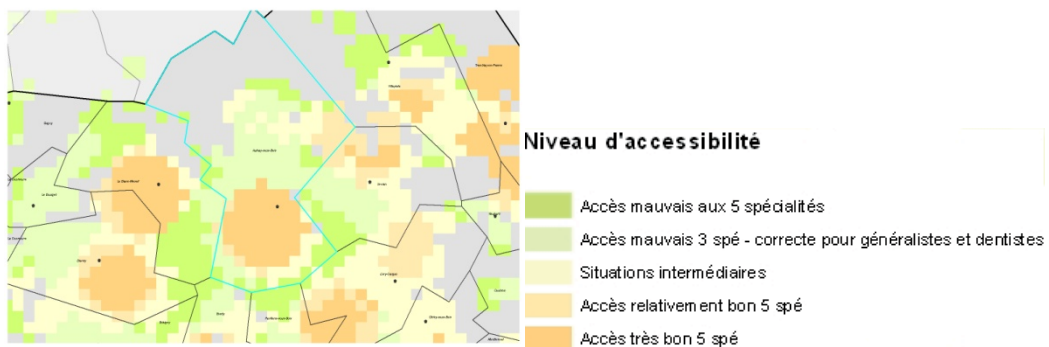
En tout vingt entretiens ont été réalisés.

1. Les acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins : quatre monographies

Aulnay-sous-Bois (93)



Typologie des mailles habitées (plus de 50 habitants) selon leur accessibilité aux médecins de premier recours et aux centres de santé à Aulnay-sous-Bois en 2006



Source : Urcamif 2006 – Traitement IAU Île-de-France – (en gris : les mailles avec moins de 50 hbts)

1.1 Aulnay-sous-Bois : réorganiser et développer l'offre de soins communale pour améliorer l'accès aux soins

Située au nord-est de l'agglomération parisienne, Aulnay-sous-Bois est la troisième ville de Seine-Saint-Denis, avec environ 82 000 habitants en 2008⁴. Elle bénéficie d'une bonne connexion à Paris notamment grâce au RER B et à un réseau de bus relativement dense. Avec Sevran, Villepinte et Tremblay-en-France, elle est membre de la Communauté d'agglomération des Terres de France (anciennement Plaine de France), créée en janvier 2010. Un Atelier Santé Ville a par ailleurs été mis en place en 2002.

En 2008, la population aulnaysienne comptait 31% de moins de 20 ans, 58% de personnes âgées de 20 à 64 ans et 11% de 65 ans ou plus⁴. Le chômage des 15-64 ans y est élevé (environ 16% en 2008⁴) et le revenu médian déclaré par unité de consommation⁵ relativement faible (15 014 euros en 2008⁶). C'est un territoire à la géographie sociale très contrastée, entre un Nord relativement récent composé de grands ensembles (avec notamment la ZUS « La Rose des Vents - Cité Emmaüs - Les Merisiers - Les Étangs ») et un Sud plutôt pavillonnaire, lieu du développement historique de la ville.

Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Aulnay-sous-Bois

A Aulnay-sous-Bois, la phase 1 de l'étude indique un très bon niveau d'accessibilité de proximité aux médecins de premier recours dans le centre-ville.

En revanche la frange sud de la ville, relativement aisée mais composée d'habitat pavillonnaire, présente un niveau d'accessibilité qui a été qualifié de mauvais. Ce mauvais niveau d'accessibilité à l'offre de soins de premier recours se retrouve également au nord de la ville, dans les quartiers populaires à forte dominante de logements sociaux et pour partie classés en ZUS.

⁴ Source : Insee, RP2008 exploitation principale.

⁵ Le revenu médian est le revenu qui partage exactement en deux la population : la moitié de la population dispose d'un revenu plus élevé que le revenu médian, l'autre moitié d'un revenu moins élevé. Unité de consommation (source : Insee) : système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

⁶ Source : Insee, Revenus fiscaux localisés des ménages.

Résultats de la phase 2

Perceptions de l'offre de soins disponible et des problématiques liées à l'accessibilité aux soins dans le territoire

Une multiplication des structures communales qui ne parvient pas à compenser la faiblesse de l'offre de soins libérale

Au cours des entretiens, l'offre de soin aulnaysienne a été unanimement décrite comme insuffisante pour répondre aux besoins de la population et inégalement répartie.

Les professionnels de santé, un représentant d'association et les acteurs publics rencontrés décrivent d'abord une situation de manque de généralistes et de spécialistes sur la commune. Avec 65 omnipraticiens et 76 spécialistes en 2008, la démographie médicale libérale de la ville est considérée comme largement insuffisante⁷. De plus, le nombre de médecins tend à diminuer rapidement : la mairie estime qu'entre 2000 et 2007, 35 médecins ont cessé d'exercer pour seulement 17 nouvelles installations d'une durée supérieure à un an. Cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir, puisque 65% des médecins libéraux installés à Aulnay-sous-Bois avaient plus de 50 ans en janvier 2007.

Outre l'activité libérale, les habitants peuvent bénéficier d'une offre de soins alternative en structures assez développée mais unanimement décrite comme ne suffisant pas à pallier les manques de la médecine de ville.

La ville dispose en effet d'un Centre municipal d'éducation pour la santé (CMES) situé en centre-ville à proximité de la gare, le Centre Louis Pasteur. Il est composé d'un service de médecine, d'un service infirmier, d'un service de radiologie et d'un service dentaire. Six antennes lui sont rattachées. Réparties dans les quartiers nord, elles proposent chacune des spécialités différentes : médecine générale et soins infirmiers, pédopsychiatrie et orthophonie, gynécologie, médecine générale et gynécologie, soins dentaires.

Le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, implanté sur les communes de Villepinte, Sevran, Le Blanc-Mesnil, Tremblay-en-France et d'Aulnay-sous-Bois, est un établissement public de santé disposant de services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (450 lits), d'un service de soins de suite et réadaptation (87 lits) et d'un service de psychiatrie (145 lits)⁷. Il accueille essentiellement des patients provenant des villes où il est implanté (Aulnay-sous-Bois, Villepinte ou Sevran).

⁷ Données issues du diagnostic RIR de 2008.

L'association RIR Île-de-France (Regroupement Implantation Redéploiement) a été créée à l'initiative de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région afin de favoriser le regroupement de professionnels de santé. Son objectif est de sensibiliser les élus locaux et les professionnels de santé aux problèmes de démographie médicale et d'organisation des soins. Elle propose aux villes et aux syndicats intercommunaux des diagnostics sur l'offre de soins (état des lieux et perspectives en 2015).

Malgré l'importance des structures de soins présentes sur la ville ou à proximité immédiate, professionnels de santé et municipalité s'accordent sur le fait qu'elles ne permettent pas de compenser le déficit de l'offre libérale. L'activité importante du service des urgences de l'hôpital Ballanger (autour de 70 000 actes par an) est pour eux le reflet de la situation dégradée du territoire en termes d'accès aux soins de ville.

Face aux difficultés qu'ils rencontrent pour accéder à des médecins libéraux, les Aulnaysiens tendent en effet à se reporter sur le CMES et ses antennes, l'hôpital et les urgences, d'où une saturation de ces structures. Outre la pénurie de médecins libéraux, le recours à ces structures est aussi motivé par le regroupement dans un même lieu de différentes spécialités et d'un plateau technique, par l'absence de dépassement d'honoraires, l'acceptation de la CMU et la proximité des quartiers nord.

La ville dispose également d'une maison médicale de garde implantée dans l'enceinte de l'hôpital. Mise en place il y a cinq ans, elle commence à mieux être identifiée par la population, même si le schéma de fonctionnement initialement prévu (orientation par le 15) est peu utilisé, les patients étant essentiellement orientés par l'hôpital ou en accès direct. Un autre frein à son recours est le prix de la consultation (60 euros), dissuasif notamment pour les populations les moins aisées.

Également implanté sur le territoire d'Aulnay-sous-Bois, l'Hôpital privé de l'Est Parisien dispose de 197 lits en médecine et chirurgie⁷.

"Une double ville à l'intérieur d'une seule"

Autre problématique identifiée par l'ensemble des acteurs : la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Aulnay-sous-Bois est décrite unanimement comme géographiquement coupée en deux, la voie ferrée traçant une importante séparation physique entre le nord et le centre. Cette rupture urbaine matérialise la véritable « barrière Nord-Sud » qui existe entre les populations des deux cantons, qui présentent des réalités sociales extrêmement différentes et se rencontrent peu. Alors que les habitants du Nord sont plus confrontés à des problèmes d'insécurité, de revenus moindres et un chômage plus important, les habitants du Sud sont globalement plus favorisés, aussi bien en termes de revenus que de proximité des services et des commerces.

La situation en termes d'accessibilité aux médecins de premier recours ne fait pas exception : les professionnels de santé libéraux sont extrêmement concentrés dans les quartiers sud et dans une moindre mesure dans les quartiers centraux d'Aulnay-sous-Bois, tandis que les quartiers plus périphériques au Nord connaissent une pénurie aggravée de l'offre libérale.

Les libéraux se concentrent donc dans le canton sud de la ville, qui regroupe des quartiers plus privilégiés d'habitat pavillonnaire et une population plus âgée. S'ils sont peu présents dans les limites sud de la ville, la zone n'est pas identifiée comme prioritaire par les acteurs publics et les professionnels de santé interrogés. Ceux-ci estiment que l'offre du centre, des villes limitrophes et la proximité de l'hôpital Jean Verdier de Bondy permet probablement de pallier le manque de libéraux dans ces quartiers.

De leur côté les quartiers nord, qui concentrent les difficultés sociales, connaissent une importante pénurie de l'offre de santé libérale.

- A l'ouest de la commune, le quartier Balagny est décrit comme assez enclavé et isolé du reste de la ville malgré l'existence de transports en commun. Les travailleurs sociaux interrogés soulignent que l'éloignement physique se double d'un sentiment d'exclusion des habitants, qui se considèrent comme en dehors d'Aulnay-sous-Bois. Le report de ces populations vers le centre-ville pour accéder à l'offre libérale leur paraît donc difficile. Le quartier bénéficie cependant de la présence d'une annexe du CMES.
- Au nord de la ville, le quartier « La Rose des Vents - Cité Emmaüs - Les Merisiers - Les Étangs » est classé en géographie prioritaire (ZUS). Il est isolé du reste de la ville par la RN 2, voie large de 150 mètres. Pour les acteurs interrogés, les problématiques d'insécurité ainsi que des conditions de travail difficiles sont un frein majeur à l'installation de nouveaux professionnels de santé. Difficultés que partagent d'ailleurs commerces et services plus généralement. Mais c'est un lieu décrit comme très dynamique sur le plan associatif. Les travailleurs sociaux interrogés mentionnent notamment des associations comme Emmaüs et les Femmes relais, très bien implantées dans le territoire et connues des populations. Pour les acteurs publics et le CCAS, elles constituent une ressource pour l'information et l'accompagnement dans l'accès aux soins des habitants. Deux antennes du CMES sont implantées dans le quartier, que la municipalité souhaiterait fusionner. Le quartier est par ailleurs en voie de réhabilitation grâce un Plan de Rénovation Urbaine (démolition de tours, refonte des voiries, création d'espaces verts...) qui suscite chez les acteurs publics l'espoir d'une amélioration de son attractivité.

- Au nord-est de la ville, les quartiers Mitry et Gros Saule sont considérés comme prioritaires par la municipalité. Territoires décrits comme enclavés, isolés du reste de la ville et des communes limitrophes par d'importantes voies de circulation, ils abritent des populations souvent confrontées à de grandes difficultés sociales.

C'est particulièrement le cas pour Mitry, décrit comme un quartier qui s'est dégradé très rapidement, véritablement coupé de Sevrans et du reste de la ville. Peu dynamique, il accueille souvent des populations de passage qui ne s'y investissent pas. Pour les acteurs rencontrés, difficultés sociales, pénurie de libéraux et enclavement font que ses habitants sont nombreux à se reporter sur les urgences de l'hôpital Ballanger pour accéder aux soins.

Gros Saule est décrit comme un quartier un peu plus dynamique et moins enclavé. Plus accessible, l'offre de soins de Sevrans est mentionnée comme une alternative au manque de professionnels de santé en libéral dans le quartier.

La municipalité souhaite, dans le cadre de l'ASV, réaliser dans ces quartiers un diagnostic participatif pour acquérir des connaissances précises sur les besoins en santé des habitants.

Améliorer l'accès aux soins par la réorganisation de l'offre de soins communale

Regrouper de l'offre de soin communale

En raison de l'ampleur de la pénurie de professionnels de santé dans la ville, la thématique de l'accès aux soins est d'abord associée, pour la majorité des personnes interrogées et en particulier pour les acteurs publics, à une problématique de démographie et de répartition médicale. La municipalité concentre son action sur l'offre de soins, dossier décrit comme un des plus importants du service santé. Cet effort consiste aujourd'hui principalement en la réorganisation de l'importante offre de soins communale, décrite comme disparate.

Pour la rendre plus attractive pour les professionnels de santé comme pour la population, la solution qui est plébiscitée est celle du regroupement : le CMES est aujourd'hui organisé en sept structures, une principale à proximité de la gare (Centre Pasteur) et six annexes réparties dans les quartiers. Cinq annexes doivent être regroupées en une seule (l'annexe de soins dentaires sera conservée à part), dont la localisation est encore en débat (elle sera probablement implantée dans les quartiers au nord ou nord-ouest de la ville). La ville recherche une implantation améliorant l'accès aux soins des populations, tout en garantissant une bonne accessibilité en transports en commun et une attractivité certaine pour les professionnels de santé.

A l'origine de cette volonté de regroupement sont mentionnés des désavantages liés aux petites structures : offrant très peu de temps d'ouverture, elles sont confrontées à des difficultés de recrutement et de gestion. Les objectifs du regroupement pour la municipalité sont donc à la fois d'améliorer l'attractivité de la structure pour la population en proposant une large offre de soins bien identifiée au Nord, avec généralistes et pédiatres, d'améliorer son attractivité pour les professionnels de santé en offrant des temps pleins et un travail en équipe, et enfin de réaliser des économies en mutualisant les coûts.

Encourager le développement de l'offre de soins libérale

Autre projet en réflexion, celui d'ouvrir une nouvelle maison de santé. L'idée a germé il y a un peu plus de deux ans, alors que se déroulait l'enquête RIR. Un appel avait alors été lancé aux médecins libéraux de la ville pour leur proposer un regroupement en maison de santé, sans qu'il trouve de réponse. A l'heure actuelle la création d'un centre de santé géré dans l'enceinte de l'hôpital Ballanger est également à l'étude. La structure, qui doit permettre de désengorger les urgences, serait gérée par l'hôpital et pourrait bénéficier de son plateau technique. Diverses spécialités de premier recours y seraient présentes (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthopédistes...), assurant une permanence d'accès aux soins. Une étude de faisabilité menée par l'ARS est en cours.

A côté de la réorganisation et de l'amélioration de l'offre de soins communale, la municipalité s'interroge sur les leviers dont elle dispose pour encourager la venue de médecins libéraux sur son territoire et pour pallier le faible nombre de nouvelles installations et leur concentration dans le centre et le sud de la ville. Problèmes de sécurité, difficultés sociales et financières des habitants, charge de travail et responsabilité de l'exercice en cabinet individuel sont les éléments

qui, pour les acteurs publics rencontrés, sont un frein à l'arrivée de nouveaux professionnels dans les quartiers nord.

Face à ces difficultés, elle affiche sa volonté de se saisir de la question en tentant de faciliter l'installation des libéraux dans la ville, mais fait le constat d'une certaine impuissance. Les acteurs publics se heurtent en effet à des difficultés aussi bien matérielles (moyens limités, peu de locaux disponibles, les pieds d'immeubles étant souvent destinés à un autre usage...) qu'à l'image négative dont certains quartiers pâtissent. La ville ne fait pas directement de démarche envers les médecins libéraux mais peut faciliter leur installation quand ceux-ci lui en font la demande (aide à la recherche de locaux adaptés ou de bail emphytéotique...).

Les autres dimensions de l'accès aux soins : une réflexion sur la complexité des démarches d'accès aux droits

Barrières financières

Si la municipalité concentre ses efforts sur la thématique de l'offre de soin et sa réorganisation, elle s'interroge également sur d'autres dimensions de l'accès aux soins.

Les professionnels de santé d'Aulnay-sous-Bois sont dans leur grande majorité conventionnés en secteur 1⁸, mais les acteurs publics rencontrés estiment que les barrières financières à l'accès aux soins existent. C'est la raison pour laquelle la municipalité tient à maintenir l'offre médicale communale en CMES, qui permet aux populations défavorisées d'accéder aux soins sans avoir à avancer de fonds.

Réorganiser le parcours d'accès aux droits

Autre sujet de préoccupation : les difficultés d'accès aux droits. Travailleurs sociaux, associatifs et acteurs publics interrogés s'accordent à dire que si l'accès aux droits peut constituer un frein à l'accès aux soins, ce n'est pas en raison d'un manque de structures dans la ville mais plutôt d'un manque d'informations. Alors qu'ils peuvent prétendre à des droits, certains habitants, notamment en situation de précarité, l'ignorent et ne connaissent pas les démarches administratives nécessaires. Celles-ci sont en outre jugées complexes, d'autant plus que les bénéficiaires sont confrontés à la multiplicité des systèmes d'aide et des interlocuteurs.

Face à ce constat, la municipalité a récemment pris part à une réflexion sur l'articulation des services de santé et sociaux dans la ville initiée dans le cadre du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)⁹. Une réunion réunissant une trentaine de représentants de ces différents services a eu lieu et de petits groupes de travail devraient être mis en place. A l'issue de cette rencontre, le groupe s'est donné comme objectif de créer des liens formalisés entre les structures pour favoriser l'orientation des personnes et mieux organiser l'activité des différents services afin d'éviter les doublons. Il s'agit également de mettre en place des outils de communication à destination des habitants.

⁸ C'est le cas de 79% des médecins en activité selon le diagnostic RIR 2008.

⁹ Les CLIC sont des structures de proximité visant à regrouper dans un lieu unique plusieurs prestations concernant les personnes âgées de 60 ans ou plus : de l'information générale à la détermination et la mise en œuvre d'un plan d'aide personnalisé.

A terme, l'objectif est d'améliorer l'information des Aulnaisiens et de parvenir à mieux flécher leurs demandes : ceux qui viennent pour des divers droits sociaux (logement, RSA...) doivent savoir qu'ils ont aussi des droits concernant l'accès aux soins. Quel que soit le guichet auquel ils s'adressent, ils doivent être informés de ce qu'ils peuvent faire et où.

Retour sur les résultats et la méthodologie de la phase 1 : une accessibilité aux médecins de premier recours diminuée par une rupture urbaine

Les acteurs publics rencontrés ont validé le diagnostic établi par la phase 1 de l'étude, qui correspond à leur ressenti, excepté concernant le secteur est de la ville. Les quartiers de Mitry et Gros Saule, classés en « accès relativement bon », sont en effet identifiés par ces acteurs comme souffrant du plus fort manque de professionnels de santé de la ville, généralistes et spécialistes confondus.

Ils expliquent ce décalage en partie par le fait que les données utilisées pour la phase 1 de l'étude datent de 2006 et qu'en six ans la situation s'est sensiblement dégradée dans la ville, qui perd régulièrement des médecins. D'autre part, ils alertent sur le fait que la proximité de Sevran, dont l'offre améliore *statistiquement* la situation de la zone, n'améliore pas réellement l'accès aux soins des habitants : le quartier est en effet enclavé par des voies routières que ses habitants n'ont pas pour habitude de franchir.

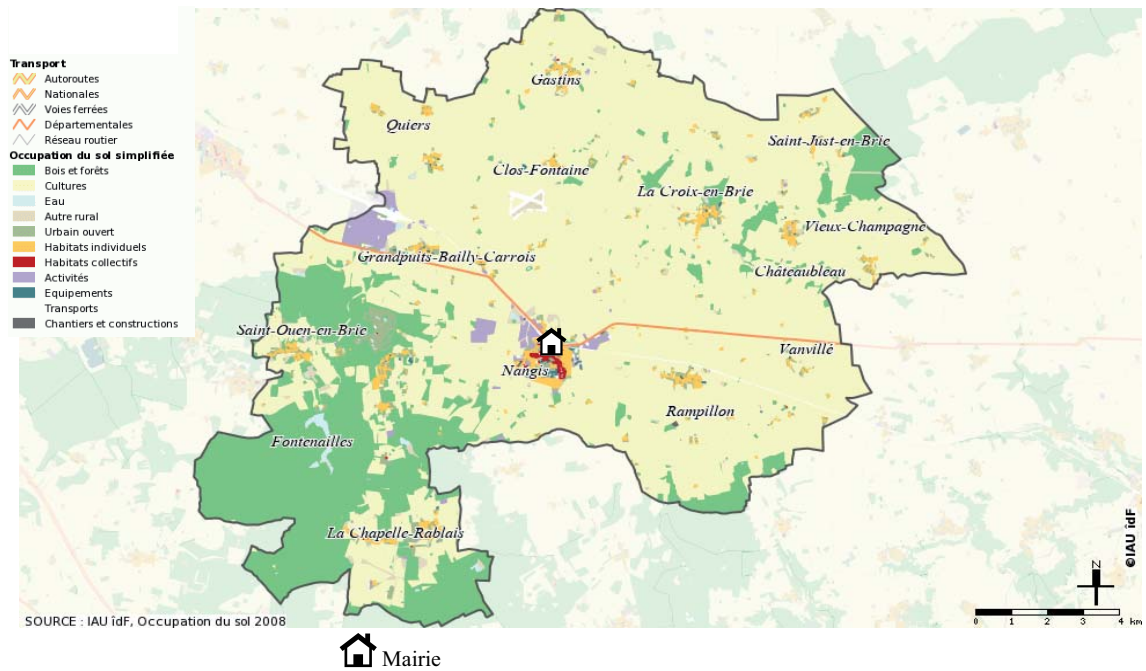
Cela illustre la nécessité de tenir compte des ruptures urbaines pour les mesures d'accessibilité. Cela pose ainsi la question méthodologique de l'identification systématique pour l'ensemble du territoire régional des ruptures urbaines, y compris de dimension locale.

Par ailleurs, le seuil de 1km pour étalonner la mesure d'une bonne proximité à l'offre paraît raisonnable à l'ensemble des acteurs rencontrés pour les généralistes, qui doivent être très proches de la population, mais est jugé trop court pour les spécialistes, chez qui l'on se rend moins souvent.

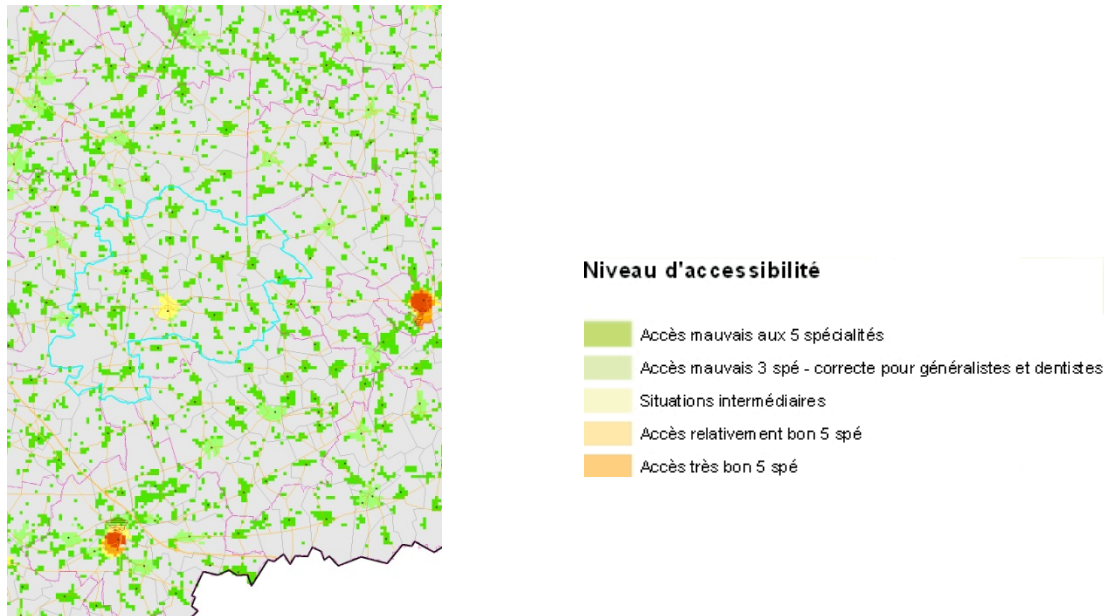
Il en va de même des hypothèses de répartition du carnet de rendez-vous en fonction du lieu de résidence des patients, qui paraissent réalistes pour les généralistes mais à élargir pour les spécialistes dont ils estiment que la patientèle provient d'un rayon plus large.

Les médecins rencontrés jugent, pour leur part, que la répartition du temps de travail des professionnels de santé entre cabinet principal et cabinet secondaire ou exercice salarié mériterait d'être revue : ils s'appuient sur leur pratique pour estimer que les praticiens exerçant en cabinet et dans une structure sanitaire consacrent moins de 30% de leur temps à leur activité salariée.

La Brie Nangissienne (77)



Typologie des mailles habitées selon leur accessibilité aux médecins de premier recours et aux centres de santé dans la Brie Nangissienne en 2006



1.2 La Brie Nangissienne : lutter contre la désertification médicale dans un territoire rural

La Brie Nangissienne est une communauté de communes créée en 2005, qui regroupe 14 communes et plus de 15 000 habitants au cœur du département de la Seine-et-Marne (77).

Avec environ 7 600 habitants en 2008¹⁰, Nangis y fait figure de ville centre. Petite commune rurale, elle est située entre Melun (à une trentaine de kilomètres à l'Ouest) et Provins (à une vingtaine de kilomètres à l'Est) et à une soixantaine de kilomètres au sud-est de Paris. Elle bénéficie d'une relativement bonne accessibilité à la capitale, notamment grâce au train.

La population nangissienne est composée de 28% de moins de 20 ans, de 58% entre 20 et 64 et de 14% de 65 et plus en 2008¹⁰. Le taux de chômage des 15-64 ans y est de 12% en 2008¹⁰, et le revenu médian déclaré par unité de consommation est de 16 836 euros en 2009¹¹.

Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours dans la communauté de communes de la Brie Nangissienne

Le niveau d'accessibilité dans la proximité aux médecins de premier recours des habitants de la Brie Nangissienne n'est pas celui que l'on peut observer dans les zones denses en cœur d'agglomération. Au sein même de la communauté de communes, ce niveau diffère selon que l'on habite à Nangis ou dans les autres villes de la communauté :

- Les habitants de Nangis, centralité locale, bénéficient globalement d'une situation intermédiaire,
- Les habitants des autres communes, plus rurales, disposent d'un mauvais niveau d'accès de proximité aux médecins de premier recours.

¹⁰ Source : Insee, RP2008 exploitation principale.

¹¹ Source : Insee, Revenus fiscaux localisés des ménages.

Résultats de la phase 2

Perceptions de l'offre de soins disponible et des problématiques liées à l'accessibilité aux soins dans le territoire

Une offre de soins exclusivement libérale

L'offre de soins de la communauté de commune est exclusivement libérale et elle est concentrée à Nangis. La ville dispose de 6,5 généralistes équivalent temps plein (ETP) répartis en deux cabinets et de deux dentistes. La communauté de commune se trouve aujourd'hui sans système de garde. Un tour de garde organisé spontanément par les généralistes de Nangis, qualifié d'efficace par les professionnels de santé interrogés, fonctionnait nuits et week-ends. En 2003, la préfecture l'a remplacé par un système officiel de garde imposant un périmètre et des jours fixes aux médecins. Mais ce système régulé par le 15 et proposant des consultations à Mormant, qui ne drainait que de très rares patients, a été abandonné au bout de quelques mois.

Un maintien à domicile des personnes âgées plus difficile

Le maintien à domicile est organisé dans la communauté de communes grâce à des associations d'aide à domicile, un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et des infirmières libérales. Mais pour les travailleurs sociaux rencontrés, avec le vieillissement de la population, le problème de la mobilité se pose de manière croissante. Ainsi le SSIAD de la ville, confronté à une demande en constante augmentation depuis plusieurs années, n'est plus en mesure de prendre en charge rapidement l'ensemble des demandes qui lui sont faites.

La spirale de la désertification médicale

Comme dans de nombreux autres secteurs, notamment ruraux, les acteurs rencontrés ici s'accordent à dire que l'offre de soins de la communauté de communes est insuffisante pour la population actuelle. Tous décrivent une situation sous tension : les médecins restants sont confrontés à une demande à laquelle ils ne parviennent plus à faire face, ce qui les conduit à abandonner progressivement les visites à domicile et à limiter les plages de consultation libre. Les conditions de travail des professionnels de santé s'en trouvent fortement dégradées : horaires excessifs, prise de retard dans les rendez-vous, agressivité de certains patients face à l'impossibilité d'obtenir une consultation...

De leur côté, les acteurs publics témoignent de leur inquiétude face aux difficultés d'accès aux soins engendrées par cette pénurie. L'attente pour obtenir un rendez-vous (de trois semaines à plus d'un mois pour un rendez-vous chez un généraliste de la ville), la difficulté des nouveaux arrivants pour trouver un médecin traitant ou un spécialiste et l'impossibilité de se faire soigner la nuit ou le week-end sont décrites comme sources d'angoisse pour les habitants.

Alors que la situation actuelle est déjà jugée extrêmement difficile, les acteurs rencontrés sont préoccupés par son évolution dans les années à venir. Le nombre de professionnels de santé a chuté année après année alors que la population augmentait et la tendance ne devrait pas s'inverser. Ainsi en 1987 la ville comptait douze généralistes et des spécialistes (gynécologue, radiologue, ophtalmologue, ORL...).

En 2012 les généralistes sont deux fois moins nombreux, les spécialistes ont presque tous disparus et des médecins généralistes doivent partir en retraite dans l'année (2,5 ETP). En 2013 la ville ne devrait donc plus compter que quatre médecins. Face à cette éventualité, deux autres généralistes ont menacé de partir, dénonçant des conditions de travail intenable, et un troisième envisage également de quitter son cabinet. Se dessine ainsi le risque du scénario catastrophe de la disparition complète des généralistes dans la ville à court terme.

Concentration des professionnels de santé dans la ville centre

A l'échelle de Nangis, la question de la répartition des professionnels de santé n'est pas considérée comme problématique car tous les quartiers de la commune sont accessibles à pied en 15-20 minutes. De même, à l'échelle de la communauté de commune, la concentration de l'offre médicale sur le territoire de la ville centre n'est pas non plus ressentie comme problématique. Elle est acceptée comme contrepartie inévitable du mode de vie à la campagne. Les habitants des petits bourgs doivent rejoindre Nangis pour être soignés, comme ils le font pour accéder à des services ou à des commerces.

Pour se rabattre sur la ville centre, les transports en commun entre communes existent, mais ils sont relativement peu utilisés par la population. La grande majorité des habitants de la communauté de communes utilise la voiture. Lors des entretiens, ce point n'a jamais été décrit comme un réel frein à l'accès aux soins. Les acteurs rencontrés estiment que la quasi-totalité de la population est motorisée et que ceux qui ne le sont pas bénéficient de la « solidarité de village ».

Par ailleurs, cette solidarité spontanée est accompagnée, de la part des pouvoirs publics, par la mise en place d'un service de transport à la demande reliant l'ensemble des communes à la "ville centre" trois matins par semaine. La communauté de communes travaille par ailleurs sur un projet de transport solidaire permettant à des bénévoles de véhiculer des personnes souhaitant se rendre chez le médecin. Mais travailleurs sociaux, acteurs associatifs et professionnels de santé décrivent ces services comme mal identifiés par les habitants et peu pratiques (pas assez fréquents, trop chers...). Tous s'accordent à dire que la voiture reste indispensable, ce qui ne va pas sans poser question pour les populations les plus vulnérables (populations précaires, personnes âgées, handicapées...) souvent moins motorisées.

L'offre de soins à proximité

En dehors de la communauté de communes, l'offre alternative de soins à proximité est peu développée. La Brie Nangissienne est située dans la zone la moins urbanisée de Seine-et-Marne, les villes moyennes les plus proches sont toutes situées à plus de 20 km. Pour les acteurs interrogés, les habitants consultent avant tout les généralistes de Nangis. Pour accéder à d'autres généralistes ou à des spécialistes, ils doivent se reporter sur les villes alentour, c'est-à-dire principalement Melun, Fontainebleau, Mormant, Provins, Rozay-en-Brie ou même rejoindre Paris. Mais les habitants se reportant sur l'offre de soins en dehors de Nangis sont confrontés aux mêmes difficultés liées à la saturation des professionnels de santé : attente interminable pour obtenir un rendez-vous, refus de première prise en charge de certains spécialistes...

Les principaux hôpitaux fréquentés par les habitants sont ceux de Melun et Provins. Face à l'absence d'une offre de soin suffisante, certains se rabattent également sur les urgences, et ce particulièrement en dehors des horaires d'ouverture des cabinets puisque la communauté de communes ne dispose plus de système de garde. Les habitants développent ainsi le réflexe de l'appel du Samu ou des pompiers.

Malgré la longueur des trajets nécessaires (trente à quarante minutes), la nécessité de rejoindre de plus grandes villes pour accéder à des spécialistes est perçue comme un incontournable de la vie à la campagne. Là encore, c'est la voiture qui est presque exclusivement utilisée pour rejoindre les villes moyennes les plus proches (25 à 40 km selon le professionnel de santé recherché). L'utilisation des transports en commun existants (principalement les cars du Conseil Général « Seine et Marne Express » qui rejoignent Melun et Provins) est unanimement jugée peu commode et marginale (fréquence et trajets). Ces réflexions soulignent l'intérêt qu'il y aurait à analyser finement et localement les flux de recours aux soins (données dont dispose l'Assurance Maladie), pour mieux connaître les « taux de fuite » mais aussi les solutions mises en œuvre pour pallier une offre localement déficitaire.

Lutter contre la désertification médicale : une mobilisation des différents acteurs concernés

L'émergence de la thématique de l'offre de soins

La thématique de l'offre de soins émerge véritablement en 2011, quand un diagnostic dressé par le conseil général tire l'alarme sur le déficit de la zone et la probabilité d'une forte aggravation dans les dix prochaines années. Face à l'urgence de la situation, la communauté de communes commence alors à se saisir de la problématique, même si la santé ne fait pas partie de ses compétences initiales¹². Le risque d'une fuite accélérée des médecins concentre toutes les inquiétudes des acteurs publics et des professionnels de santé rencontrés. Ils craignent, comme cela s'est vu sur d'autres territoires ruraux, que les départs de médecins annoncés n'entraînent la ville dans un cercle vicieux, un départ en précipitant un autre. Cette volonté d'endiguer coûte que coûte le scénario d'une disparition complète des professionnels de santé dans la ville tend à concentrer toutes les attentions. Les autres dimensions de l'accès aux soins (aspects sociaux et financiers, accès aux droits...) sont, devant ces exigences premières, peu ou pas évoquées.

¹² En vertu de la loi, les groupements de communes (communautés d'agglomération et communautés de communes) exercent de plein droit certaines compétences. Des compétences obligatoires (aménagement de l'espace, actions de développement économique, politique de la ville et équilibre social de l'habitat pour les CA, aménagement de l'espace, actions de développement économique pour les CC), des compétences optionnelles (trois au moins à choisir parmi les suivantes pour les CA : voirie et parcs de stationnement, assainissement, eau, protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie, équipements culturels et sportifs, action sociale et au moins une pour les CC parmi les six domaines suivants : environnement, logement, voirie, équipements culturels, sportifs et de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, action sociale, assainissement) mais également de compétences facultatives, librement déterminées. Au sein de ces différents domaines de compétences, communes et groupements se répartissent les rôles à travers la notion d'« intérêt communautaire ».

Réflexion multipartenariale autour de la création d'une structure médicale de groupe

Comme de nombreux autres territoires se heurtant à des problèmes similaires de pénurie médicale, la communauté de communes s'interroge sur l'opportunité de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Une réflexion multipartenariale a été engagée en début d'année entre l'intercommunalité, représentée par ses maires, le conseil général, l'ARS et les professionnels de santé de la ville (généralistes et infirmières). Ils se sont réunis avec des étudiants en médecine boursiers du conseil général pour réfléchir à la stratégie à mettre en œuvre pour tenter d'inverser la tendance. L'ensemble des acteurs concernés est donc sollicité pour trouver les moyens de faire venir de nouveaux professionnels de santé à Nangis.

Face à l'ampleur de la pénurie sur le territoire et au faible nombre de médecins nouvellement diplômés à l'échelle nationale, les acteurs locaux s'accordent sur la nécessité de permettre un regroupement des professionnels de santé dans une même structure. La réflexion en est encore à ses débuts : les modalités techniques (type de structure choisi, implantation, financement...) doivent être fixées par une étude de faisabilité.

Si la formule de la maison de santé pluridisciplinaire paraît intéressante, elle s'est parfois soldée par des échecs dans des intercommunalités voisines, qui n'ont pas réussi à y installer des généralistes. La priorité est donc d'abord de faire venir des médecins, en priorité des généralistes et de parvenir à les garder sur le long terme. Ainsi la communauté de communes, accompagnée par l'ARS et le Conseil général, tente d'identifier les éléments qui permettraient de faire venir des médecins sur son territoire. Elle estime pour cela que le projet doit être porté par des étudiants, pour les inciter à venir s'installer à l'issue de leurs études.

Les trois étudiants du Conseil général qui participent à leurs réflexions sont donc directement interrogés sur leurs exigences. Comme cela a été souligné par ailleurs, notamment au travers du livre blanc des jeunes médecins¹³, les étudiants en médecine souhaitent le plus souvent travailler en groupe, dans des cabinets aux normes, éventuellement bénéficier d'aides au logement, faire un stage chez un médecin de la ville... Il s'agit de parvenir à leur proposer une alternative au métier de médecin de famille rural, qui désormais fait peur (charge de travail excessive, pratique solitaire...). La communauté de communes espère sortir du cercle vicieux en commençant par faire venir un ou deux généralistes nouvellement diplômés pour diminuer la pression.

¹³ Livre Blanc des internes réalisé par le SIHP : <http://www.sihp.fr/article.php?CleArticle=160>

Au second plan, les autres dimensions de l'accès aux soins

Face à l'urgence de la situation du territoire en matière de démographie médicale, les autres dimensions de l'accès aux soins et notamment les questions sociales et financières semblent marginales pour la majorité des personnes interrogées.

Les acteurs publics, qui se saisissent de la question de l'accès aux soins de façon exceptionnelle, soulignent que c'est pour eux une réflexion nouvelle. L'idée d'organiser une consultation de la population à ce sujet, sous forme d'un questionnaire ou d'une table ronde, par exemple, commence à être évoquée.

De leur côté, les travailleurs sociaux interrogés estiment que l'accès aux droits est une problématique qui tend à se développer sur le territoire. Agréé en 2009, le Centre Social de Nangis constitue le seul relais d'accès aux droits disponible sur la communauté de communes, les services existants étant principalement situés à Montereau et à Provins. Bien que cela ne fasse pas partie des missions du centre à l'origine, il est amené à accompagner ces démarches face aux carences du territoire et à la demande croissante des habitants.

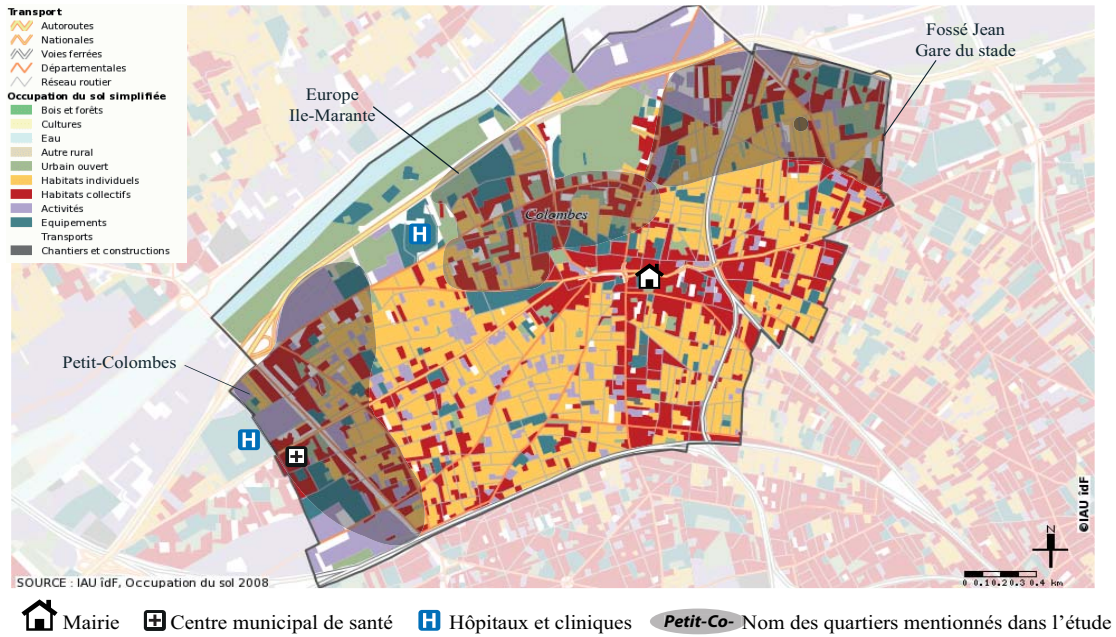
Retour sur les résultats et la méthodologie de la phase 1 : la spécificité des territoires ruraux

Les personnes rencontrées s'accordent à dire que le diagnostic statistique d'accès aux soins établi par la phase 1 de l'étude semble en cohérence avec leur connaissance du territoire : l'accès est assez mauvais à Nangis, très mauvais dans les petits bourgs qui sont trop peu peuplés pour disposer de professionnels de santé. Depuis 2006, la situation a plutôt tendance à se dégrader puisque la ville s'étend grâce à la construction de nouveaux lotissements alors que des professionnels de santé partent à la retraite sans être remplacés.

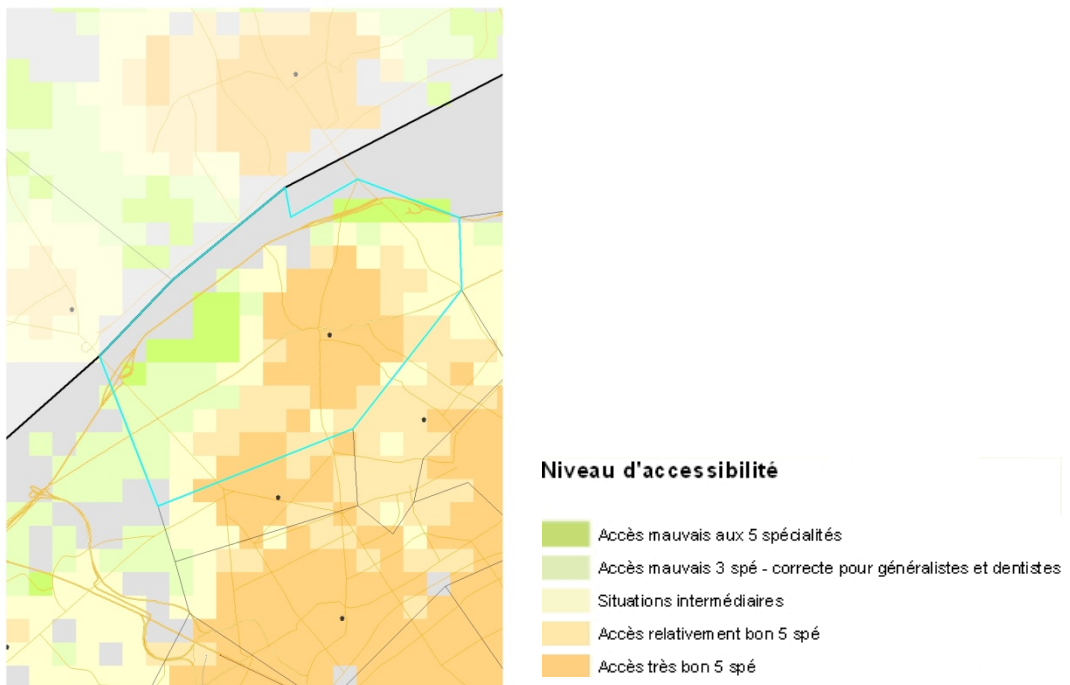
Cependant, les seuils d'accessibilité choisis pour l'étude sont décrits comme inadaptés aux situations rurales, où les exigences de proximité ne peuvent être celles des zones denses. Ces rayons mériteraient d'être selon eux élargis pour mieux retranscrire la réalité des pratiques. Une distance de 25 km, par exemple, leur semblerait acceptable sur leur territoire.

De fait, les professionnels libéraux rencontrés estiment que leurs patients viennent en moyenne de beaucoup plus loin qu'une patientèle de ville, soit environ dans un rayon de 15 km autour de Nangis. Selon eux, leur carnet de rendez-vous est rempli pour environ 40% par des personnes résidant à proximité immédiate de leur cabinet (0-1 km), à 30 % par des patients résidants entre 1 et 5 km, à 15 % par des patients résidant entre 5 et 10 km, et à 5 % par des patients résidant entre 10 et 20 km. Ces réserves, qui restent encore à objectiver, étayent ce qui était pressenti à l'issue de la phase 1, à savoir la nécessité de moduler les seuils d'accessibilités retenus ou tout au moins, d'en tester différentes configurations.

Colombes (92)



Typologie des mailles habitées (plus de 100 hbts) selon leur accessibilité aux médecins de premier recours et aux centres de santé à Colombes en 2006



Source : Urcamif 2006 – Traitement IAU Île-de-France (en gris : les mailles avec moins de 100 hbts)

1.3 Colombes : réflexion autour des inégalités d'accès aux soins

Colombes compte 83 700 habitants en 2008¹⁴. Située au nord-ouest de l'agglomération parisienne dans le département des Hauts-de-Seine (92), elle ne fait pas partie d'une intercommunalité, mais un projet est en cours de discussion (Boucle nord des Hauts-de-Seine).

Proche de la capitale, elle bénéficie d'un réseau de transports en commun développé (réseau de bus dense, trois gares et prolongement des tramways T1 et T2 dans les années à venir).

La population est composée en 2008 à 28% de moins de 20 ans, à 61% de 20-64 ans et à 11% de 65 et plus¹⁴. Le taux de chômage des 15-64 ans est de 12,9% en 2008¹⁴ et le revenu médian déclaré par unité de consommation de 19 136 euros en 2009¹⁵.

Trois quartiers sont classés en géographie prioritaire (ZUS) sur le territoire : Europe-Ile Marante, Fossé Jean-Gare du Stade et Petit Colombes. Le quartier de Petit Colombes est également classé en zone de redynamisation urbaine (ZRU). Un Atelier Santé Ville destiné à la population de ces territoires a été mis en place fin 2008.

Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Colombes : des situations contrastées entre les quartiers

Le territoire de Colombes bénéficie globalement d'une bonne accessibilité, mais il existe d'assez grandes disparités entre les quartiers :

Des situations relativement bonnes à très bonnes

La majorité des professionnels de santé libéraux de la ville se concentre autour de deux pôles :

- le centre-ville et les territoires alentour, denses et aisés, bénéficient d'un accès très bon aux cinq spécialités étudiées dans la phase 1 de l'étude ;
- une deuxième zone d'accès très bon aux cinq spécialités s'étend à la frontière sud de la ville, dans le quartier limitrophe de La Garenne-Colombes, zone où les revenus sont parmi les plus élevés.

Des situations intermédiaires à mauvaises

L'accessibilité diminue graduellement à mesure que l'on s'éloigne des centres-villes (Colombes, La Garenne-Colombes et Bois-Colombes) et que l'on s'approche de la frontière nord du territoire, jusqu'à aboutir à un accès mauvais aux cinq spécialités aux frontières est (Gennevilliers), nord et ouest (Nanterre) de la ville. Deux zones, pourtant relativement denses, concentrent ainsi les difficultés sociales et d'accessibilité aux médecins de premier recours :

- à la frontière nord-est avec Gennevilliers : accès identifié comme mauvais aux cinq spécialités au Nord.
- à la frontière nord avec Argenteuil et Bezons et ouest avec Nanterre : importante zone d'accès mauvais à trois ou à l'ensemble des spécialités.

¹⁴ Source : Insee, RP2008 exploitation principale.

¹⁵ Source : Insee, Revenus fiscaux localisés des ménages.

Résultats de la phase 2

Perceptions de l'offre de soins disponible et des problématiques liées à l'accessibilité aux soins dans le territoire

Une pénurie de professionnels de santé

Les acteurs rencontrés font le constat d'un manque global de professionnels de santé sur la commune, qui concerne aussi bien les généralistes que les spécialistes. Ce constat se retrouve dans le diagnostic des besoins de santé dans la ville, réalisé en 2008 par le service santé. Colombes compte 61 médecins généralistes pour 100 000 habitants, pour une moyenne départementale de 92¹⁶. Les acteurs publics rencontrés rapportent avoir été interpellés par les habitants à ce sujet, notamment dans le cadre de réunions avec les nouveaux arrivants. Dans tous les quartiers, ceux-ci sont confrontés à des difficultés pour trouver un médecin traitant ou avoir accès à des spécialistes et les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allongent. La pénurie de la médecine de ville entraîne une saturation des urgences, fréquemment utilisées comme solution de report.

Les acteurs publics rencontrés estiment que la situation devrait s'aggraver dans les années à venir, dans un contexte d'augmentation de la population, de départ à la retraite prochain de nombreux praticiens (la moyenne d'âge des professionnels de santé de la ville s'élève à 54 ans en 2008¹⁶) et de rareté des nouvelles installations.

Des quartiers inégalement dotés

Outre la question de la démographie médicale, c'est celle de la répartition des professionnels de santé dans la ville qui est jugée problématique. Une grande partie d'entre eux est en effet concentrée dans le centre-ville, tandis que les quartiers nord sont décrits comme des déserts médicaux. En partie classés en géographie prioritaire, ces quartiers concentrent difficultés sociales et problèmes d'insécurité et sont décrits comme peu attractifs pour les professionnels de santé.

- Le quartier du Petit Colombes se situe à l'Ouest de la ville, à la frontière avec Nanterre. Le CMS de la ville y est implanté depuis 1968 et permet un accès à de nombreuses spécialités : gynécologues, cardiologues, dermatologues, rhumatologues, radiologues, dentistes, infirmières... Il est bien connu et fréquenté par les habitants du quartier et de Nanterre (environ 20% de la patientèle), et par un petit nombre d'habitants d'autres quartiers de Colombes. Mais la structure ne suffit pas à pallier le manque de libéraux dans le quartier et elle doit faire face à une demande en perpétuelle croissance. L'hôpital Max Fourestier, implanté à Nanterre à proximité de Colombes, est également fréquenté par les habitants du quartier.
- Au nord de la ville, le quartier Europe-Ile Marante est celui où est partiellement implanté l'hôpital Louis Mourier¹⁷. La pénurie médicale (et sans doute aussi l'attractivité du tiers-payant) entraînerait un report et une saturation de l'hôpital et des urgences¹⁸. Les habitants se

¹⁶ Source : Diagnostic des besoins de santé de Colombes 2008.

¹⁷ A noter que l'hôpital Max Fourestier est engagé dans un rapprochement avec l'hôpital Louis Mourier.

¹⁸ L'affirmation du report vers l'hôpital et les urgences comme palliatif par défaut à une offre libérale déficitaire et non comme un choix, argumenté et délibéré, des patients (notamment pour des raisons financières) reste à interroger.

reportent également sur l'offre médicale des villes limitrophes ou, d'après les personnes interrogées, sur la maison médicale de garde implantée dans l'enceinte de l'hôpital Foch.

- Le quartier Fossés Jean-Gare du Stade est situé au nord-est de la ville. Les acteurs publics rencontrés font le constat d'un manque particulièrement prononcé de professionnels de santé dans cette partie du territoire. Malgré l'existence de lignes de bus, ils estiment que les habitants ne se rendent pas au CMS mais se reportent plutôt sur l'offre des villes alentour (notamment les CMS d'Asnières ou de Gennevilliers, qui sont faciles d'accès).

Pour l'ensemble des acteurs interrogés, il existe une barrière importante entre les quartiers nord et sud de la ville. Les habitants des quartiers nord doivent se rendre dans le centre-ville pour accéder à certains services et commerces, mais le nord de la commune est très peu fréquenté par la population du Sud. Ce cloisonnement est analysé comme lié à des questions culturelles, d'habitudes de vie des habitants plus qu'à des difficultés d'accès géographique et de mobilité. Ce dernier aspect indique que, pour mesurer l'accessibilité aux équipements et services, il faudrait, en sus des ruptures urbaines, aussi pouvoir tenir compte des « ruptures d'image » entre quartiers. Cela montre tout l'intérêt de la complémentarité des démarches quantitatives et qualitatives.

Aménagement territorial et développement de l'offre de soins de ville, une coordination difficile

La difficile intégration de la dimension offre de soins dans les politiques publiques locales

Le déficit de médecine libérale est une problématique identifiée par les acteurs publics rencontrés, sans pour autant que cela puisse se traduire par le développement de solutions alternatives ou de projets. Dans un contexte budgétaire difficile¹⁹, les marges de manœuvre financières de la ville sont limitées et la thématique santé doit céder le pas à d'autres besoins jugés prioritaires (ouverture de salles de classe par exemple). La municipalité a cependant récemment investi dans la rénovation de son CMS.

Les acteurs publics interrogés regrettent que la question de l'accès aux soins, encore relativement nouvelle pour les municipalités, ne soit pas considérée comme faisant partie de leur cœur de métier comme l'aménagement du territoire ou le développement économique. L'installation des libéraux étant libre, les collectivités estiment souvent qu'elles n'ont pas les moyens ni nécessairement la légitimité pour agir dans ce domaine. Ainsi, alors que des opérations d'urbanisme actuellement en cours doivent amener de nouveaux habitants dans des quartiers où l'offre de soins est déjà insuffisante, le service santé de la ville regrette de n'avoir pas été associé à la réflexion. Pourtant, à travers son diagnostic de santé, la municipalité a constaté que le manque de professionnels de santé risque de devenir critique pour la ville dans les années à venir. La commune se développe en effet à l'ouest (projet urbain de 400 logements au Petit Colombes) et à l'est (réaménagement ANRU²⁰ aux Fossés-Jean, avec 800 logements environ).

¹⁹ En particulier du fait de la réforme récente de la taxe professionnelle (TP) par la loi de finances 2010, qui lui substitue la contribution économique territoriale (CET). La taxe professionnelle constituait près de la moitié des revenus des collectivités territoriales.

²⁰ Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine.

Faute d'avoir pu s'associer aux projets en amont et proposer par exemple d'y inclure des locaux à destination médicale dans les rez-de-chaussée d'immeubles, le service santé de la ville étudie des solutions alternatives qui permettraient de renforcer l'offre de soins de ces quartiers : agrandir le CMS, implanter une maison de santé ou un cabinet de groupe aux Fossés-Jean... Mais ces projets, encore à l'état de réflexion, se heurtent aux contraintes financières - et a fortiori foncières – ainsi qu'à l'absence de compétences réglementaires des communes dans le champ de la santé et du soin.

Esquisse d'une action sur l'offre de soins libérale

D'autre part, la municipalité estime qu'elle va devoir à l'avenir mettre en place une stratégie pour attirer les jeunes médecins libéraux en développant des aides (recherche ou mise à disposition de locaux, prise en charge des loyers...). Les acteurs publics envisagent de mettre en place un groupe de travail dédié.

Information et accès aux droits, un maillage institutionnel et associatif dense

Freins financiers

Au-delà de la question de l'offre de soins, les acteurs rencontrés soulignent que des freins financiers peuvent limiter l'accès aux soins de certaines populations. Une part importante des habitants est confrontée à des difficultés financières, même si la majorité des généralistes de Colombes est conventionnée en secteur 1. Les travailleurs sociaux interrogés estiment que la barrière financière reste importante, beaucoup d'habitants n'ayant pas d'assurance complémentaire ou de CMUc. Ils soulignent que, pour certains, le fait de devoir s'acquitter du ticket modérateur ou de devoir acheter des médicaments est un obstacle. Mais pour les acteurs publics interrogés, le premier frein à l'accès aux soins sur le territoire reste la pénurie de professionnels.

Un territoire couvert par un tissu associatif et institutionnel dense

L'ensemble des acteurs rencontrés s'accorde sur le fait que Colombes bénéficie d'un très bon maillage à la fois institutionnel et associatif. Le tissu associatif, très dense, comprend de nombreuses associations centrées sur la santé (vih-sida, dépistage du cancer du sein, prévention du suicide...). Ces structures, en contact avec les habitants, constituent une porte d'entrée vers les institutions. La ville dispose également de trois centres socioculturels (CSC) de statut associatif, implantés dans les trois quartiers en géographie prioritaire. Les acteurs publics interrogés considèrent ces centres comme des relais sur le terrain : bien connus des habitants, les acteurs publics et travailleurs sociaux rencontrés estiment que ceux-ci s'y rendent plus facilement que dans les structures municipales.

Il existe également de nombreux lieux constituant des points d'information et d'entrée permettant l'accès aux droits. Pour les acteurs publics et les professionnels rencontrés, cela ne constitue pas une difficulté d'accès aux soins : l'information disponible à ce sujet est abondante et bien connue par les Colombiens. De leur côté, les acteurs sociaux estiment que si les droits sociaux et les structures existantes sont très bien connus de la population, les droits en matière de santé sont souvent moins bien connus.

Des populations en situation de précarité difficiles à atteindre

La municipalité s'interroge de son côté sur la problématique des « populations invisibles » que les nombreux dispositifs de la ville ne touchent pas et sur le renoncement aux droits. Elle regrette ainsi que « ce soient toujours les mêmes » qui fréquentent les associations, les structures municipales et les CSC, qui participent à des projets et sollicitent des aides. Elle estime donc qu'il existe une frange de la population avec laquelle les institutions et associations n'arrivent pas à rentrer en contact, des habitants qui ne se déplacent pas même quand on leur propose un service gratuit. Ce sont souvent des personnes dans des situations sociales extrêmement précaires, qui peuvent avoir de très grandes difficultés à se déplacer, être confrontées à la barrière de la langue, la différence de culture... Ces habitants n'ont pas forcément les moyens et les capacités de demander de l'aide, de contacter une institution ou une association. Les acteurs publics rencontrés estiment que, pour ces personnes, la santé est souvent secondaire. Ils doivent d'abord veiller à assurer leurs besoins fondamentaux (repas, logement, chauffage, etc.), ce qui entraîne des difficultés à faire des projets sur le long terme (ouverture de droits, suivi de soins...).

Quels projets face à ce constat ? Les acteurs publics rencontrés estiment que les moyens utilisés pour atteindre ces populations ne sont peut-être pas les bons (souvent par des courriers ou de l'affichage), en reconnaissant qu'ils touchent là à une limite de ce qu'il leur est possible de faire, du moins dans l'état actuel des choses.

Retour sur les résultats et la méthodologie de la phase 1

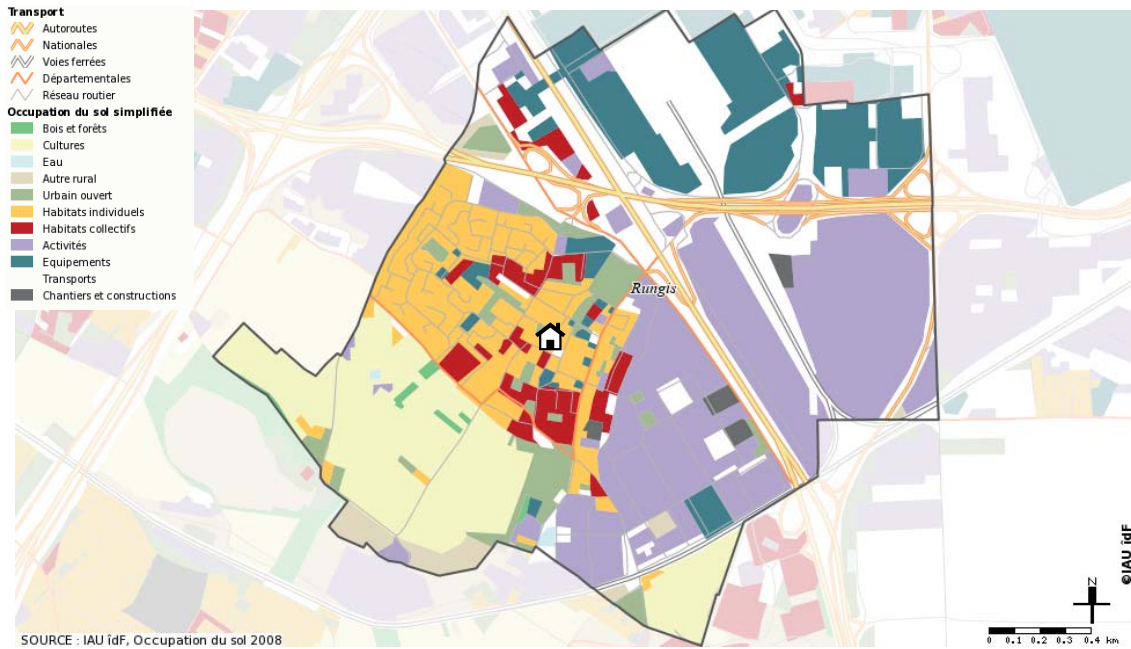
D'une manière générale, le diagnostic obtenu dans la phase 1 ne surprend pas les acteurs rencontrés. Ils estiment cependant que la situation tend à s'aggraver fortement depuis 2006, accentuant des tendances déjà présentes.

Le seuil de proximité de 1km semble par ailleurs cohérent, puisqu'il correspond à un déplacement d'environ dix minutes à pied jugé satisfaisant pour les soins de premier recours. Pour les spécialistes, il est suggéré que ce seuil soit étendu à 2 ou 3 km, voire plus.

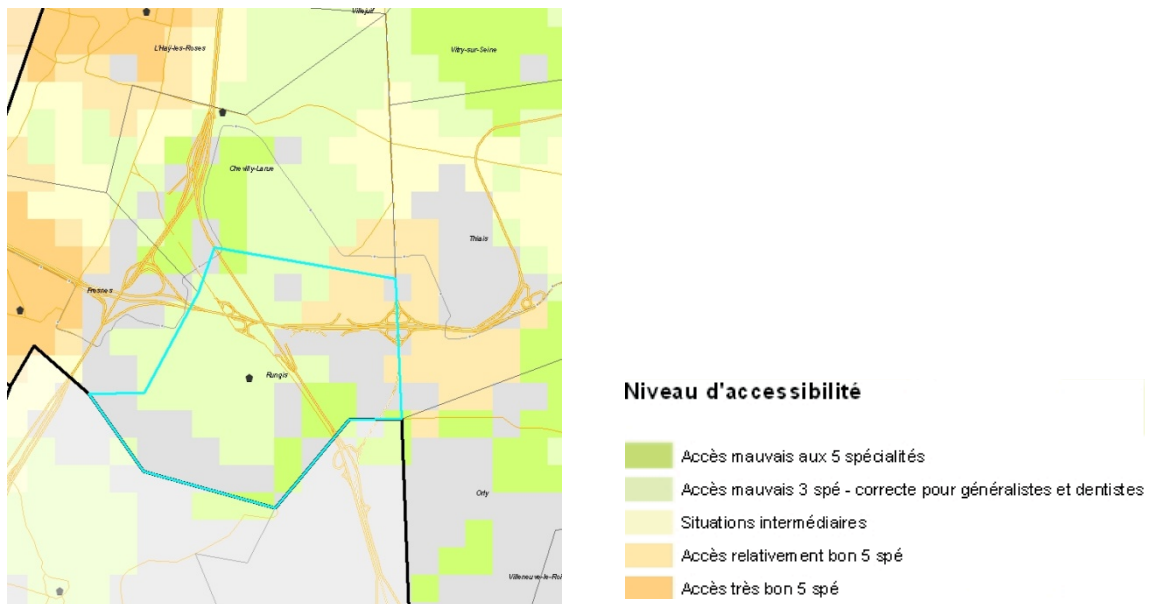
Les acteurs publics notent toutefois que l'accès aux soins de ville de premier recours ne rend pas compte de l'accès aux soins de premier recours dans leur ensemble. Pour eux en effet, l'hôpital est un élément fondamental de « l'accessibilité de fait » aux soins de premier recours et de médecine générale, surtout dans certains quartiers populaires comme celui d'Europe.

Ils indiquent également que les seuils de proximité et d'accessibilité « acceptables » sont tout à fait relatifs, insistant sur les besoins d'une plus grande proximité pour certaines populations peu mobiles (personnes âgées, personnes en situation sociale difficile). Cela souligne, comme énoncé lors de la phase 1, la nécessité d'affiner cette notion de proximité en fonction des populations (âge, handicap, revenu, possession d'un véhicule ou non...). Les perspectives de mise à disposition des caractéristiques des populations à la maille par l'Insee d'ici la fin de l'année 2012 ouvrent, pour ce faire, des perspectives intéressantes.

Rungis (94)



Typologie des mailles habitées (plus de 10 hbts) selon leur accessibilité aux médecins de premier recours et aux centres de santé à Rungis en 2006



Source : Urcamif 2006– Traitement IAU Île-de-France (en gris : les mailles avec moins de 10 hbts)

1.4 Rungis : l'accès aux soins, un enjeu non identifié ?

Rungis est une commune du Val de Marne fréquemment décrite comme un village de par son nombre d'habitants (environ 5 600 en 2008²¹) et la faible étendue de ses espaces habités. Outre le centre-ville, la commune est entourée d'activités (essentiellement le marché international de Rungis - le MIN - et le parc tertiaire de la Silic) et de champs non constructibles. Elle est reliée aux villes alentour et à Paris par une bonne connexion routière (A86 et A106 notamment) et dispose de transports en commun : RER C, Trans-Val-de-Marne (TVM), réseau de bus.

La ville bénéficie de moyens importants, grâce aux retombées économiques liées à la présence d'activités sur son territoire (MIN, Silic) et à sa population aux niveaux de revenus élevés (la médiane des revenus déclarés par unité de consommation s'élève à 27 495 euros en 2009²²). Le taux de chômage des 15-64 ans est peu élevé, avec 5,8% en 2008²¹. La population était composée à 29% de moins de 20 ans, à 64% de 20-64 ans et à 7% de 65 ans et plus en 2008²¹.

Rappel des résultats de la phase 1 : l'accessibilité aux médecins de premier recours à Rungis

L'étude statistique menée lors de la phase 1 indique globalement une accessibilité correcte aux généralistes et dentistes mais mauvaise pour les trois autres spécialités médicales de premier recours étudiées (pédiatres, gynécologues et ophtalmologues).

Résultats de la phase 2

Perceptions de l'offre de soins disponible et des problématiques liées à l'accessibilité aux soins dans le territoire : une offre complémentaire suffisante à proximité de Rungis

Une offre de soins accessible jugée suffisante

Les acteurs rencontrés jugent unanimement que les Rungissois disposent d'une offre de soins suffisante à proximité, malgré l'absence sur le territoire communal de spécialistes libéraux en dehors de trois chirurgiens-dentistes.

Les cinq généralistes qui exercent dans la ville sont présentés comme suffisants pour répondre aux besoins des habitants : les délais pour obtenir un rendez-vous sont corrects, ils sont toujours à même d'organiser des temps de consultation libre et des visites à domicile. La situation devrait se maintenir, aucun d'entre eux ne semblant près de la retraite.

Concernant les autres professionnels de santé, les acteurs interrogés rappellent la présence de cinq infirmières, trois kinésithérapeutes, deux ostéopathes et deux orthophonistes.

²¹ Source : Insee, RP2008 exploitation principale.

²² Source : Insee, Revenus fiscaux localisés des ménages.

Étant donné le caractère quasi-rural de la commune et sa petite taille, le fait de devoir se rendre dans les villes alentour pour accéder à la plupart des spécialités médicales est jugé inévitable. Professionnels de santé, associatifs, travailleurs sociaux et acteurs publics rencontrés s'accordent pour dire que la population rungissoise n'est pas assez importante pour permettre l'implantation d'autres spécialistes, rapportant notamment l'échec récent de l'installation d'un ophtalmologue. Les professionnels de santé de Rungis interrogés expliquent devoir exercer en parallèle sur le territoire de Fresnes pour cette raison.

Pour les personnes interrogées, l'offre des villes à proximité, décrite comme importante, diversifiée et facilement accessible aux Rungissois, permet de compléter celle présente à Rungis :

- Fresnes bénéficie d'une médecine de ville développée et d'un grand CMS disposant de généralistes et de nombreuses spécialités (une vingtaine de praticiens). Malgré les délais nécessaires pour obtenir un rendez-vous, le centre est bien connu et fréquenté par les Rungissois.
- Le Centre médical des Halles est un centre associatif agréé qui pratique le tiers payant. 35 médecins (généralistes et spécialistes) et trois infirmières y travaillent et il dispose de laboratoires d'analyse et de radiologie. Implanté sur le territoire de Chevilly-Larue, sur la zone administrative du MIN, il est accessible à tous en voiture sans péage et par le TVM.
- Le Centre médical Belle Épine est un important cabinet médical disposant de généralistes, de nombreuses spécialités et d'un plateau technique (laboratoire, radiologie). Il est situé à l'intérieur du centre commercial du même nom. Les acteurs interrogés estiment qu'il est facilement accessible et bien connu des Rungissois, qui sont nombreux à le fréquenter.
- En ce qui concerne les soins d'urgence, les habitants peuvent se reporter sur l'hôpital privé d'Antony ainsi que sur l'hôpital Bicêtre. Les Rungissois semblent cependant préférer dans l'ensemble, quand ils en ont les moyens, se rendre à Antony pour bénéficier d'un service plus rapide.
- Le SAMI (service d'accueil médical initial) est un système de garde qui fonctionne sur les territoires de l'Haÿ-les-Roses, Fresnes, Chevilly-Larue et Rungis. Accessible le soir jusqu'à minuit et le week-end, il est encore relativement méconnu et peu utilisé par la population. Son implantation à Chevilly-Larue - où les habitants se rendent moins facilement qu'à Fresnes - ainsi que l'obligation de passer par le 15 sont considérées comme des contraintes.

L'offre de soins de premier recours implantée à proximité de Rungis est décrite par tous comme facilement et rapidement accessible en voiture. Comme dans les territoires ruraux, une grande partie de la population est motorisée. D'autre part le TVM, le système de bus et le RER sont mentionnés comme des alternatives satisfaisantes.

Cela illustre une nouvelle fois la dimension « subjective » de la mesure de l'accessibilité et des seuils « acceptables », difficilement objectivable de manière tout à fait fiable, et qui ne peut pas ne pas tenir compte des usages et de la pratique de la ville. Mais cela questionne également sur

la qualité d'accès aux soins des populations les moins mobiles dans certains contextes, ruraux mais aussi urbains.

L'accès aux soins : un enjeu non identifié, un traitement individualisé

La santé, un hors-champs de l'action publique locale ?

La municipalité de Rungis ne compte pas d'élu ou de service dédié aux questions de santé. Le service social de la ville est éventuellement sollicité quand la thématique surgit, mais elle ne fait pas partie de son champ officiel de compétences. La municipalité n'a pas inclus la santé dans son programme ou ses priorités d'action car elle dit ne pas l'avoir identifiée comme correspondant à un besoin dans la commune.

D'une manière générale, les acteurs publics rencontrés estiment qu'il n'est pas de leur ressort de se saisir directement des questions de santé et d'accès aux soins sur leur territoire. Celles-ci sont laissées aux professionnels de santé de la ville, qui peuvent s'ils l'estiment nécessaire se faire le relais des éventuelles difficultés qu'ils rencontrent.

N'ayant pas eu d'informations concernant une insuffisance de l'offre de soins sur la commune, ils estiment que celle-ci correspond aux besoins de la population. L'accès aux soins est donc jugé satisfaisant pour les habitants, tant sur le plan de l'offre disponible et de sa proximité que sur celui d'éventuelles difficultés sociales ou financières.

De leur côté, les acteurs associatifs rencontrés regrettent que la municipalité ne se saisisse pas directement de la question de l'accès aux soins en établissant un diagnostic du territoire et des besoins des habitants, et qu'elle se contente seulement des éventuelles informations transmises par les généralistes de la ville.

Les questions de santé qui sont traitées par la municipalité sont essentiellement prises en charge au niveau du CCAS de Rungis, qui est rattaché au service social de la ville. Elles sont principalement abordées sous l'angle de l'accès aux droits et de la prévention, avec une attention particulière aux personnes âgées. La structure dispose d'une assistante sociale à plein temps et d'un budget conséquent au vu de la taille de la commune.

Plus qu'un programme sanitaire et social global, la ville s'attache à proposer des aides individualisées pour améliorer l'accès aux soins des Rungissois. Les moyens importants du CCAS lui permettent d'organiser un suivi au cas par cas des habitants qui rencontrent des difficultés et en font la demande. Au-delà des aides institutionnalisées, il accorde des aides facultatives en fonction des difficultés : prise en charge de certains soins, orientation, transport chez le médecin ou pour faire une radio...

Le système, décrit comme fonctionnant comme une sorte de solidarité de village, est loué par les professionnels de santé que nous avons interrogés. Comme à la campagne, la municipalité est jugée très disponible (les acteurs publics sont parfois joignables directement) et réactive.

Accès aux soins et précarité, désaccords autour du diagnostic

Les acteurs publics rencontrés estiment que peu de Rungissois connaissent des difficultés d'accès aux soins liées à leur situation sociale ou financière, rapportant que le CCAS ne traite que quelques demandes par an d'accès aux droits (CMU, CMUc, AME). Les acteurs associatifs considèrent également que l'accès aux droits ne constitue pas une réelle difficulté pour les Rungissois, qui bénéficient de points d'entrées suffisants (CCAS, Restos du cœur, épicerie solidaire...). Mais ils considèrent que ce sont des difficultés financières et sociales avant tout qui limitent l'accès aux soins de certains habitants. Si une grande part de la population dispose de revenus conséquents, la pauvreté n'est pas absente à Rungis, en raison notamment de la proximité du MIN et de l'aéroport d'Orly. Des populations de passage, des migrants, des familles en situation de précarité, des personnes contraintes à vivre dans leur voiture sont installés dans la ville. Ces derniers, avec laquelle il est difficile de rentrer en contact, refusent souvent d'être aidés de peur d'être stigmatisés (« pauvreté invisible »). Pour les acteurs associatifs, l'existence de ces populations est minimisée par la municipalité. Ils estiment ainsi que les situations de grande précarité sont peu voire pas du tout prises en charge par le CCAS, malgré les moyens dont la structure dispose et les signalements qui peuvent lui être faits. Des éléments de « sélection » limitent notamment les possibilités d'accès aux aides proposées : nécessité d'être résident ou propriétaire à Rungis, non prise en charge des étrangers...

Retour sur les résultats et la méthodologie de la phase 1 : l'absence de spécialistes n'est pas ressentie comme générant une accessibilité dégradée

Le diagnostic de la phase 1 (accès relativement mauvais sur le territoire) n'est pas partagé par les acteurs interrogés. Pour eux, l'absence des trois spécialistes de premier recours dans la proximité n'est pas signe d'une accessibilité réduite aux soins de premier recours. Il serait plutôt lié aux caractéristiques même de la commune, proche d'un territoire rural du fait de sa petite étendue, de sa très petite population et de l'absence de continuité de l'habitat avec les communes voisines. La situation de Rungis en matière de démographie médicale est ainsi qualifiée tout au plus d'intermédiaire mais pas de déficitaire, d'autant plus que l'offre disponible dans les communes alentour, denses et urbaines, répond pour eux aux besoins des habitants. De ce fait, le seuil d'accessibilité de 1 km est jugé trop petit pour refléter la réalité de l'accès aux soins telle qu'ils la conçoivent pour les habitants de la ville. Des seuils de 2 à 3 km sont suggérés. Cette conception du territoire « pertinent » en matière de recours aux soins par les acteurs publics de Rungis mériterait d'être approfondie, notamment auprès des usagers, pour affiner notre connaissance des seuils « acceptables » pour les habitants et par là même affiner notre connaissance des besoins.

2. Avis des acteurs rencontrés sur la phase 1

Au-delà des informations concernant les politiques locales d'accessibilité aux soins de premier recours sur les quatre territoires explorés, les entretiens devaient nous permettre de recueillir l'avis des acteurs de terrain vis-à-vis de la première phase de l'étude (phase quantitative), tant sur le plan de ses résultats pour leur territoire que de la méthodologie employée.

2.1 Jugement global sur la phase 1

Un diagnostic globalement en cohérence avec leur connaissance du territoire

A l'exception de ceux de la ville de Rungis, l'ensemble des acteurs rencontrés estime que le diagnostic d'accessibilité aux médecins de premier recours pour leur territoire correspond globalement à leur connaissance de la ville.

A Rungis, le niveau d'accès relativement mauvais attribué à la commune est décrit comme en décalage avec le vécu des Rungisais. Pour les personnes interrogées, les habitants bénéficieraient en effet d'une offre de soins abondante dans les villes alentour (Fresnes...), jugée facilement accessible en mode motorisé. L'exemple de Rungis pose ainsi, de manière tout à fait claire, la nécessité d'affiner le concept de « territoire pertinent » d'accès aux soins de proximité, et d'en esquisser plus finement les contours (qui devraient de plus devoir être relativement souples pour pouvoir s'adapter aux contextes urbains, culturels et sociaux des différents territoires).

Les évolutions depuis 2006

Les données utilisées pour établir le diagnostic de la phase 1 datant de 2006, nous avons interrogé les acteurs sur l'évolution de la situation de leur territoire entre 2006 et aujourd'hui. Dans la plupart des cas, elle allait dans le sens d'une accentuation des tendances déjà présentes, l'accessibilité aux soins ayant plutôt tendance à se dégrader. C'est particulièrement le cas dans les secteurs en difficulté sur le plan de la démographie médicale, où le départ de professionnels de santé non remplacés engendre un effet d'entraînement.

Le basculement de la situation en six ans est tout à fait notable à Colombes, où le secteur Est de la ville (quartiers Mitry et Gros Saule) est classé en « accès relativement bon » dans l'étude, alors même qu'il est identifié aujourd'hui par les personnes interrogées comme l'un des plus touchés par la pénurie de professionnels de santé dans la ville.

2.2 Jugement sur la méthodologie

Interrogés sur la méthodologie employée dans la phase 1, les acteurs rencontrés ont exprimé leur avis sur la question tout en soulignant fréquemment la difficulté de l'exercice.

Le souhait d'une vision plus globale

Lors de quelques entretiens, des regrets ont été exprimés vis-à-vis du champ couvert par la phase 1, que les acteurs souhaiteraient voir élargi à la globalité de l'éventail de l'offre de soins.

A Colombes par exemple, les acteurs publics interrogés estiment que la présence d'un hôpital dans un quartier en mauvaise accessibilité aux soins (Europe) modifie sensiblement la situation réelle du territoire en constituant une offre de soins alternative pour les habitants.

Les acteurs publics de Rungis regrettent, quant à eux, que la phase 1 ne prenne pas en compte la présence de certains paramédicaux installés sur la commune (infirmières, kinésithérapeutes, ostéopathes et orthophonistes).

Les limites de l'approche statistique régionale : comment prendre en compte les ruptures urbaines ?

L'exemple d'Aulnay-sous-Bois est particulièrement intéressant pour illustrer cette dimension : il y apparaît très clairement que des ruptures urbaines peuvent modifier l'accessibilité aux services d'un territoire sans que cela ne soit perceptible dans des travaux basés sur les distances. Dans les quartiers Est de la ville, le niveau d'accessibilité aux soins identifié par la méthode statistique est amélioré par la proximité de l'offre de soins de Sevrans. Mais l'enclavement du quartier, entouré de voies routières importantes, et le manque de transports en commun font que cette offre est en réalité difficilement accessible pour les habitants.

Plus généralement, plusieurs acteurs ont souligné la différence entre distance géographique et facilité d'accès, estimant que c'est le temps de trajet (mais par quel mode ?) qui devrait être pris en compte, ou encore que les autres dimensions de l'accessibilité (sociale, financière, temporaire, ...) méritent également d'être intégrées.

Les seuils d'accessibilité dans la proximité

L'étude permet également d'illustrer les différences dans la manière d'aborder les problématiques d'accessibilité selon que l'on se situe en zone urbaine ou rurale (et assimilée comme à Rungis).

Dans les communes rurales, la proximité géographique et, de ce fait, l'accessibilité pédestre ne semblent pas le critère pertinent à prendre en compte, l'utilisation de la voiture étant un élément de déplacement incontournable. D'autant qu'un principe de réalisme est fréquemment mis en avant par les acteurs locaux : le mode de vie rural ne peut s'accompagner d'une densité d'équipements et de services comparable à celle des territoires urbains.

De ce fait, c'est moins la proximité (en tout cas dans des seuils identiques) qui semble être le critère pertinent que la qualité de l'accessibilité. On peut pourtant estimer que des déplacements plus longs représentent un frein important pour certaines populations fragiles (personnes âgées, handicapées, en situation de précarité, non motorisées...).

Plus généralement, les acteurs interrogés estiment nécessaire de moduler les seuils d'accessibilité retenus selon que l'on parle des généralistes (1 km, correspondant à un déplacement à pied d'une quinzaine de minutes, est jugé satisfaisant en zone dense) ou des spécialistes (2 à 3 km paraissent des seuils de proximité tout à fait acceptables en zone dense).

Les premiers, auxquels on a plus fréquemment recours, doivent être plus proches des habitants. Les seconds peuvent être implantés à une distance plus importante. Il est intéressant de noter que cette affirmation presque unanimement partagée concerne également les pédiatres, alors même que leur recours est fréquent et souvent urgent, au même titre que le généraliste.

Rappelons également qu'à Nangis, commune rurale relativement isolée, les acteurs interrogés estiment que des seuils de 10 km pour les généralistes et de 25 km pour les spécialistes seraient satisfaisants. Bien que la majorité de leur patientèle habite à proximité de leur cabinet, les professionnels de santé libéraux rencontrés indiquent qu'environ 15 % de leurs patients résident dans un rayon de 5 à 10 km et environ 5% dans un rayon de 10 à 20 km.

Ce qui ressort de cette deuxième phase, du point de vue des acteurs locaux, c'est donc d'abord la nécessité d'adopter des critères différents (seuils, répartition temps de travail des professionnels de santé...) selon le caractère urbain ou rural d'une commune et celle de faire une distinction entre accessibilité aux généralistes et aux spécialistes.

3. Synthèse

La grande variété des contextes explorés lors de l'étude écarte la possibilité et la pertinence d'une mise en comparaison des territoires. Les acteurs rencontrés évoluent à bien des égards dans des mondes différents, que ce soit en termes de localisation géographique, de démographie, de revenus des populations ou de marges de manœuvre financières. La question de l'accès aux soins, et la manière dont les municipalités s'en emparent, se présentent donc sous des aspects très variés.

L'ensemble des entretiens réalisés permet néanmoins de dégager quelques pistes de réflexion générale sur les politiques locales d'accès aux soins en Île-de-France.

3.1 Perception et caractérisation de la problématique de l'accès aux soins

Un système de soins de premier recours sous tension

Rungis excepté, les acteurs rencontrés s'accordent globalement, toutes professions confondues, sur le constat d'un manque de médecins généralistes et de spécialistes sur leur territoire.

La situation de pénurie engendre une pression considérable sur les professionnels de santé installés, presque tous dépassés par l'ampleur de la demande. Cette situation les contraint donc à abandonner certains aspects de leur activité, entraînant un repli sur les actes essentiels : peu ou plus de temps pour les visites à domicile, très chronophages, les consultations libres ou les rendez-vous d'urgence. Les délais pour obtenir un rendez-vous s'allongent, jusqu'à atteindre un mois d'attente chez certains généralistes, quatre à six mois chez certains spécialistes. Pour limiter l'augmentation d'une patientèle déjà trop abondante, certains praticiens sont amenés à refuser de nouveaux patients, à ne plus accepter de devenir leur médecin traitant ou encore, pour les spécialistes, à n'accepter de rendez-vous qu'après redirection du généraliste.

L'offre de soins libérale est donc décrite comme perdant considérablement en souplesse et en fluidité de prise en charge.

Face aux difficultés croissantes du recours à la médecine de ville, la population se reporte sur les autres offres de soin disponibles sur le territoire : offre communale (CMS), hospitalière, urgences... Ces structures font donc face à des afflux croissants, et en arrivent elles aussi à être saturées. Les acteurs rencontrés décrivent donc un système de soins de premier recours sous tension.

Le départ des médecins, un cercle vicieux : la crainte du scénario catastrophe

Dans les territoires où le manque de professionnels de santé se fait le plus sentir, les médecins restants doivent supporter une pression considérable pour faire face au report de la demande sur leur activité. Leurs conditions de travail, qui sont souvent déjà extrêmement lourdes (amplitudes horaires, agressivité de certains patients...) s'en trouvent donc encore détériorées.

Quand la situation n'est plus tenable, certains sont poussés à quitter le territoire pour s'installer ailleurs, provoquant potentiellement une réaction en chaîne.

Les territoires ruraux sont sans doute les plus directement confrontés à la question. A Nangis, les acteurs interrogés sont conscients du risque du cercle vicieux : les départs de médecins entraînent d'autres départs, et plus le manque de professionnels de santé est marqué plus les candidats à l'installation se font rares, en raison des craintes concernant leurs conditions de travail. Acteurs publics comme professionnels de santé installés cherchent donc à tout prix à échapper au scénario catastrophe qui se profile, en tentant de mettre en place une stratégie pour attirer de nouveaux médecins sur le territoire (incitations, aides au logement, regroupement de cabinets...). La présente étude n'a pas permis d'interroger plus avant ces pratiques ni leurs modalités, ni donc de savoir si elles se font dans un esprit de complémentarité entre territoires et selon une analyse globale de l'offre et des besoins, ou dans une urgence locale avec des risques de concurrence et de déplacement du peu d'offre existante.

L'accès aux soins au-delà de la démographie médicale

Contrairement à la problématique de la démographie médicale, les autres dimensions de l'accès aux soins semblent revêtir des contours moins nets et plus variés pour les acteurs publics. Continuum entre santé et social, les problématiques sont identifiées et formulées différemment selon les territoires : accès aux droits, complexité des démarches administratives et manque d'information des populations, inégalités de santé, problématique des « populations invisibles »...

A Aulnay-sous-Bois, la réflexion s'oriente autour de la question du parcours d'accès aux droits. Les acteurs publics interrogés estiment que la ville ne manque pas de structures dédiées, mais que celles-ci ne sont pas assez coordonnées. Les bénéficiaires sont confrontés à la complexité administrative des démarches d'établissement des droits en général et manquent particulièrement d'informations concernant les droits à la santé, moins bien connus.

A Colombes, les acteurs publics rencontrés mettent l'accent sur l'impact des inégalités sociales et des barrières financières à l'accès aux soins. Malgré l'existence de la CMU, le ticket modérateur ou l'achat de médicaments représentent des obstacles pour certaines populations. D'autre part, ils s'interrogent sur les limites de l'action publique face à la problématique du renoncement aux droits et des « populations invisibles », populations souvent en situation de grande précarité et que les institutions et les associations, pourtant nombreuses et bien implantées, peinent à atteindre.

A Rungis, la question de l'accès aux soins dans son ensemble n'est pas identifiée par les acteurs publics rencontrés comme une problématique présente dans la ville, dans sa dimension offre de soins aussi bien que sociale. Face à des difficultés sociales et financières considérées comme marginales sur le territoire, ils proposent une prise en charge individualisée sans en faire véritablement un sujet de l'action publique locale.

Enfin à Nangis, l'accès aux soins est une problématique émergente pour les acteurs publics rencontrés, qui se saisissent de la question de manière exceptionnelle pour répondre à la situation critique du territoire en matière de démographie médicale. L'offre libérale de soins occupe donc toutes leurs réflexions.

3.2 Politiques locales d'accès aux soins : instruments et grandes postures

Le regroupement, un instrument privilégié d'action sur l'offre de soins

Dans une situation de pénurie de professionnels de santé, le regroupement apparaît dans l'étude, comme préconisé par la loi HPST, comme l'instrument privilégié par les acteurs publics pour peser sur l'offre de soins de leur commune.

Pour attirer des professionnels de santé très courtisés, les municipalités tentent de s'adapter à ce qu'elles perçoivent comme leurs demandes en termes de conditions de travail. De leur côté, les professionnels de santé paraissent également plébisciter cette solution²³. Le regroupement est convoqué à la fois dans le but d'attirer de jeunes médecins, qui redoutent la solitude du cabinet et recherchent le confort et la sécurité des structures collectives, mais aussi d'améliorer les conditions de travail des médecins déjà implantés en leur permettant de mieux répondre à une demande de soins à laquelle ils n'arrivent plus à faire face seuls.

Seul l'exemple de la communauté de communes de la Brie Nangissienne, en mentionnant les déconvenues d'intercommunalités voisines, fait écho aux facteurs de risques identifiés aujourd'hui comme pouvant accompagner ce type de regroupement, très largement sollicité d'autre part pour pallier à la pénurie médicale. Mais, les personnes interrogées n'expriment des réserves que sur les modalités de mise en œuvre, et non sur d'autres facteurs de risque pouvant résulter de tels regroupements : notamment concentration et non augmentation de l'offre, réduction de proximité partout ailleurs, concurrence entre territoires, effets pervers dont l'impact pourrait se faire sentir de manière particulièrement accrue dans les territoires déjà peu attractifs et peu desservis.

Les modalités du regroupement mises en avant lors des entretiens varient en fonction de l'autonomie recherchée mais aussi des ressources disponibles et de leur provenance : maison médicale de garde, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet collectif... Il peut concerner la médecine de ville aussi bien que l'offre de soins communale (CMS).

Ainsi à Nangis, la municipalité étudie la possibilité de créer une structure de groupe dans des locaux aux normes pour attirer de jeunes médecins sur son territoire, envisageant également d'y installer les praticiens déjà présents sur la commune.

L'idée de favoriser l'implantation d'une structure de groupe émerge également à Colombes, pour tenter de pallier le manque de médecins de ville dans certains quartiers.

²³ Voir le Livre Blanc des Internes du SIHP : <http://www.sihp.fr/article.php?CleArticle=160>

A Aulnay-sous-Bois, c'est l'importante offre de soins communale, organisée en sept structures (un CMS central et six annexes), qui doit être regroupée en deux ou trois lieux pour permettre à la fois de mutualiser les coûts et d'améliorer leur attractivité pour la population et les professionnels de santé.

Les grandes postures vis-à-vis de la problématique de l'accès aux soins par territoire

Le degré de gravité de la pénurie de professionnels de santé sur un territoire impacte fortement la manière dont les acteurs rencontrés, toutes professions confondues, comprennent et abordent la question de l'accès aux soins :

- Villes en situation de pénurie médicale prononcée

Dans les territoires souffrant d'une pénurie de professionnels de santé libéraux particulièrement prononcée et où l'offre de soins de premier recours alternative de proximité est peu développée ou inexistante, la question de l'accès aux soins est avant tout assimilée à celle de la démographie médicale. Pour les pouvoirs publics comme pour les professionnels de santé, le développement de l'offre libérale, salariée et/ou hospitalière devient une priorité absolue. Les projets qui sont élaborés visent donc à proposer des incitations à même d'attirer et de garder de nouveaux médecins sur le long terme (aide pour le logement, regroupement de cabinets, location de locaux aux normes, maison médicale...). Les autres aspects de la problématique de l'accès aux soins, liés à des caractéristiques populationnelles par exemple (difficultés financières ou sociales, manque d'information, accès aux droits...) sont des aspects moins évoqués et moins traités. La priorité est de permettre l'accessibilité aux soins de premier recours, comprise comme proximité géographique et disponibilité des professionnels.

- Villes en situation de pénurie médicale intermédiaire

Dans les territoires où la pénurie de professionnels de santé libéraux est moins prononcée, la problématique de l'offre de soin est traitée de manière plus large et diversifiée. Même si le manque de médecins de ville reste toujours une préoccupation, les pouvoirs publics sont moins centrés sur la nécessité de développer une offre de soins de premier recours alternative. D'autres aspects s'inscrivent dans leurs préoccupations : accès aux droits, freins financiers et sociaux, inégalités entre les populations, populations vulnérables... Au-delà de l'accessibilité comme proximité géographique et disponibilité, c'est l'accès effectif de tous à des soins « adaptés » qui est recherché, illustrant de façon tout à fait parlante que la manière dont sont appréhendées ces questions sur un territoire résultent d'un véritable positionnement et choix politique.

Conclusion et perspectives

L'accès aux soins : une nouvelle problématique d'action publique, un « métier » nouveau pour les collectivités, une question transversale

En France, la santé est une compétence de l'État, qui reste maître d'ouvrage de la politique de santé même s'il confie certaines missions aux collectivités territoriales. Les communes en particulier ont peu de compétences réglementaires en santé, en dehors de l'application sur le territoire du Règlement national d'hygiène. Elles sont cependant en première ligne et restent toujours perçues comme la première instance d'administration publique.

La problématique de l'accès aux soins est donc un domaine encore largement nouveau pour les collectivités territoriales. L'essor des politiques locales de santé est le résultat d'un engagement volontaire des communes, dont les fonds propres mobilisés dans ce domaine peuvent entrer en concurrence avec ceux consacrés à leurs champs réglementaires d'intervention. Dans un contexte de ressources budgétaires limitées, les questions de santé tendent en effet à être reléguées au second plan face à des investissements considérés comme prioritaires (ouverture de classes, développement économique...).

Certaines villes, comme Aulnay-sous-Bois ou Colombes, ont cependant historiquement investi la thématique de l'accessibilité aux soins en développant notamment une offre de soins communale importante.

Mais la pénurie en matière de médecine de ville pousse aujourd'hui beaucoup de municipalités à se saisir de la question de l'offre de soins dans son ensemble, y compris de l'offre libérale. Celle-ci, généralement considérée comme un hors-champ de l'action publique locale de par l'absence de compétences spécifiques dédiées et la liberté d'installation des professionnels, fait l'objet d'un investissement croissant des collectivités. Ne disposant pas d'instruments contraignants, elles sont amenées à mettre en place des stratégies incitatives pour tenter d'encourager les médecins à s'installer sur leur territoire : aides financières diverses, recherche ou location de locaux aux normes, création de structures de groupe... Cette tendance touche aujourd'hui des villes de toutes tailles, y compris des petites communes rurales, confrontées au spectre du désert médical.

Si la question de l'offre de soins libérale tend à émerger comme objet de l'action publique locale, les municipalités ont rarement les moyens de faire plus qu'exercer une influence à la marge sur son développement en tâchant de faciliter l'installation des professionnels de santé sur leur territoire. La thématique peine encore à s'imposer comme une problématique transversale.

Ainsi, lors de nos entretiens, certains services municipaux de santé regrettaient de n'avoir pas été associés aux réflexions en amont de l'aménagement de nouveaux quartiers pourtant implantés dans des zones déjà déficitaires en professionnels de santé. Écoles, commerces, espaces verts sont directement pensés et intégrés à la planification, mais les espaces à même d'abriter une activité médicale sont oubliés. Du fait de l'arrivée de nouveaux habitants, le manque de médecins risque donc d'y être accentué.

Un diagnostic permettant d'évaluer le niveau d'accessibilité aux soins d'un territoire à travers le bilan de l'offre de soins disponible apparaît aujourd'hui indispensable en amont du développement de nouveaux quartiers ou de projets de densification. Les éléments permettant de faciliter l'accès à cette offre (desserte par les transports en commun, liaisons piétonnes et cyclables²⁴...) et ceux qui au contraire le limitent (ruptures urbaines, difficultés de mobilité des populations fragiles...) sont également des aspects à prendre en compte.

Plus largement, la notion d'accessibilité aux soins mériterait d'être pensée comme une dimension de l'action publique locale à part entière et intégrée comme un indicateur de la bonne santé des territoires. Pour encourager cette évolution, elle gagnerait à être prise en compte à toutes les échelles de la planification de l'aménagement du territoire (SDRIF, SCOT, PLU).

²⁴ Voir J. Bertrand, C. Mangeney, D. Nguyen-Luong, I. Sivasoubramaniane et M. Morlot, « Centres hospitaliers et déplacements, accessibilité attraction et desserte », IAU îdF, décembre 2009 (http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_648/Centres_hospitaliers_avec_signets.pdf)

Annexes

Liste des acronymes et sigles

- AME : Aide Médicale d'État
- ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
- ARS : Agence régionale de santé
- ASV : Atelier santé ville
- CA : Communauté d'agglomération
- CCAS : Centre communal d'action sociale
- CC : Communauté de communes
- CESER : Conseil économique, social et environnemental régional
- CLIC : Comité local d'information et de concertation
- CMES : Centre municipal d'éducation pour la santé
- CMS : Centre municipal de santé
- CMU : Couverture maladie universelle
- CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire
- CS : Centre social
- CSC : Centre social et culturel
- CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- DRJSCS : Directions régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
- ESPT : Association Elus, santé publique et territoires
- ETP : Équivalent temps plein
- IAU : Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la région Île-de-France
- MIN : Marché international de Rungis
- ORS : Observatoire Régional de Santé
- PLS : Projet local de santé
- PLU : Plan local d'urbanisme
- PRU : Plan de rénovation urbaine
- SCOT : Schéma de cohérence territoriale
- SDRIF : Schéma directeur de la région Île-de-France
- SIHP : Syndicat des internes des hôpitaux de Paris
- TVM : Trans-Val-de-Marne
- ZRU : Zone de redynamisation urbaine
- ZUS : Zone urbaine sensible

Localisation des territoires étudiés



Liste des entretiens réalisés

Aulnay-sous-Bois (93)

- Adjointe au maire chargée de la santé, de la protection maternelle et infantile, des retraités, des personnes âgées et du handicap
- Directeur du service santé de la ville
- Professionnel de santé de l'hôpital Ballanger
- Professionnel de santé en libéral
- Directrice du CCAS
- Membre de l'association Rêve Bleu (aide à la sortie de l'hôpital)

Colombes (92)

- Adjointe au maire déléguée aux affaires sanitaires et sociales et au handicap
- Directrice du service santé de la ville
- Médecin référent du CMS
- Directrice du Centre social et culturel (CSC) Europe
- Conseillères à l'insertion de l'Espace Insertion

La Brie Nangissienne (77)

- Éluée de la communauté de communes (commission petite enfance)
- Responsable des services de la communauté de communes, chargée du développement local
- Professionnel de santé en libéral
- Directeur du centre social de Nangis
- Directeur de la Fédération départementale ADMR de Seine et Marne

Rungis (94)

- Adjoint au Maire délégué aux affaires sociales
- Directrice du CCAS
- Professionnelles de santé en libéral
- Délégation locale de la Croix-Rouge