

SYMPOSIA 11

« Offre et accès au système de soins »

Thursday, September 12th

Room : Salle des conférences à 15h00

ANISSA AFRITE

Town : PARIS, France

Job Title : CHARGÉE DE RECHERCHE - STATISTICIENNE

Company : IRDES

Title of the presentation : « Mesure de la précarité des patients recourant à la médecine générale en Centres de Santé »

Abstract :

Les centres de santé (CDS) constituent une forme d'organisation en soins primaires principalement localisés en zones urbaines et offrant des soins ambulatoires de proximité historiquement orientés vers les populations précaires. Ils font bénéficier les assurés sociaux de facilités d'accès aux soins et d'un panier de soins et services de santé incluant la prévention et la promotion de la santé. Le projet Epidaure-CDS a pour objectif d'analyser la spécificité de ces structures dans délivrance de soins et services de santé de proximité et de déterminer s'ils jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires des personnes précaires ou vulnérables socialement, ce qui n'a été que peu exploré jusqu'à présent. L'objet de cette communication est d'estimer, pour le recours à la médecine générale, en quoi la population recourant en CDS se distingue de l'ensemble de la population en termes socio-économiques, démographiques, d'état de santé et de précarité sociale. Mais également, d'attester de la propension des CDS à accueillir les populations précaires et vulnérables habitants leur zone d'attraction. La caractérisation de la population recourant en CDS repose sur un échantillon de 9 797 patients ayant recouru à la médecine générale en 2009 dans l'un des 21 CDS volontaires et implantés majoritairement dans des agglomérations urbaines défavorisées en termes socio-économiques et d'offre de soins. Les caractéristiques de l'ensemble de la population sont issues de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, une enquête par sondage en population générale. L'échantillon d'étude est restreint aux 5 016 assurés ayant eu au moins une consultation effective en médecine générale. La précarité est évaluée au moyen du score Epices qui est une mesure multidimensionnelle de la précarité tenant compte à la fois des déterminants matériels et psychosociaux. Les résultats montrent que les personnes recourant à la médecine générale dans les CDS de l'échantillon sont socio-économiquement plus défavorisées, sont plus fréquemment non bénéficiaires d'une

assurance maladie complémentaire (AMC) ou bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et déclarent un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population recourant en médecine générale. Ceteris paribus, les personnes recourant en CDS présentent un niveau de précarité significativement plus élevé. Cette surprécarité s'observe de manière importante parmi les non-bénéficiaires d'une AMC et, dans une moindre mesure, parmi les bénéficiaires d'une AMC autre que la CMU-C. Au final, on peut donc penser que les CDS de l'échantillon sont à même de favoriser l'accès aux soins des personnes précaires ou vulnérables socialement et, par conséquent, contribuer à la diminution des inégalités de santé existantes. Mais, le fait qu'une surprécarité soit également observée chez les bénéficiaires d'une AMC autre que la CMU-C, suggère que l'accessibilité aux soins pourrait encore être améliorée en mettant en place une politique d'accompagnement auprès des patients se présentant aux CDS afin de permettre une meilleure couverture de l'accès aux contrats de complémentaires santé et, ainsi, une augmentation de leurs ressources disponibles. Mots-clés : Soins primaires ; Accès aux soins ; Précarité ; Vulnérabilité sociale ; Centres de santé. Thème : Urbanisation et système de soins.

Guillaume Chevillard

Town : Paris, France

Job Title : Doctorant

Company : Université de Nanterre / IRDES

Title of the presentation : « Maisons et pôles de santé en France : quelles géographies urbaines ? »

Abstract :

Les maisons et pôles de santé en France : quelles géographies urbaines ? La France connaît depuis les années 70 un mouvement progressif d'urbanisation qui perdure. Désormais l'espace des grandes aires urbaines englobe 80 % de la population et représente près de la moitié du territoire, croissance principalement soutenue par la périurbanisation (Floch, Levy, 2011). Parallèlement à ces dynamiques, certains territoires urbains et ruraux se trouvent en voie de marginalisation et peinent à attirer des services, emplois, populations et professionnels de santé. Ainsi, au sein des aires urbaines il existe de fortes disparités de couverture et d'accès aux soins, entre centres et périphéries (Rican et al., 1999 ; Coldefy et al., 2012) et dans les quartiers défavorisés (Couffinhal et al., 2002 ; ONZUS, 2012). Dans ce contexte le gouvernement a mis en place la politique de la ville de manière à cibler et aider les territoires urbains en difficultés économiques et sociales. De plus, concernant l'offre de soins, l'Etat et l'assurance maladie promeuvent depuis peu les maisons et pôles de santé (MSP/PSP) afin de répondre aux problèmes de démographie médicale. Ainsi, depuis 2007 les MSP/PSP, qui regroupent des professionnels de santé autour d'un noyau

généralistes/infirmiers, connaissent un véritable engouement et sont près de 250 en 2012, contre 20 en 2006, et sont majoritairement implantés en milieu rural. Depuis 2008, les structures (114 MSP/PSP) participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (ENMR) font l'objet d'une évaluation. Celle-ci est entre autres menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et sert de cadre, notamment, à une thèse de géographie explorant les liens entre dynamiques territoriales et implantations des MSP/PSP. La présente communication s'inscrit dans cette thèse et a pour objectifs de se focaliser sur les MSP et PSP urbains. Nous chercherons à faire ressortir quelles sont les caractéristiques des espaces urbains dans lesquels ils sont implantés et les enseignements que l'on peut en tirer en termes de pertinence d'implantation. Méthode La démarche repose sur une analyse de l'implantation des MSP et PSP, à l'échelle nationale puis à celle des villes. Nous qualifions ces espaces grâce à une typologie au travers de trois dimensions : l'offre de soins (accessibilité, caractéristiques des professionnels), les besoins de soins de la population (caractéristiques socio-démographiques de la population, profils de mortalité), la structure spatiale (équipements, situation géographique). Résultats L'analyse révèle une prédominance des structures dans l'espace rural. Partant de ce constat une analyse plus fine est réalisée dans les espaces urbains. Elle révèle les différentes configurations urbaines d'implantations des MSP et PSP, et offre une grille de lecture intéressante, a posteriori, sur la pertinence d'implantation de ces structures en termes de besoins de soins. Ces résultats quantitatifs seront ensuite approfondis par des approches qualitatives qui cibleront des MSP/PSP urbains. Une approche comparative pourra être envisagée entre deux structures urbaines ou entre urbain et rural. Ces terrains sont programmés du 2e au 3e trimestre 2013. Mots clés Maisons et pôles de santé pluridisciplinaires ; soins primaires ; typologie ; dynamiques territoriales

Catherine Mangeney

Town : Paris, France

Job Title : Chargée d'étude

Company : IAU îdF

Title of the presentation : « Mesure de l'accessibilité à l'offre médicale de proximité en Île-de-France »

Abstract :

Cette étude vise à mesurer les niveaux d'« accessibilité » potentielle des Franciliens à un « bouquet » de médecins de premiers recours : généralistes, dentistes, gynécologues, pédiatres et ophtalmologues libéraux, et centres de santé. Elle est fondée sur la volonté de proposer un indicateur de "densité" d'offre, plus fin que les densités communales classiques. La méthodologie mise au point part des habitants depuis un niveau géographique fin

(maillage régional en carrés de 250 mètres de côtés). Elle tient compte des accès aux services dans des rayons « raisonnables » (hiérarchisation des équipements et services) en se dédouanant des limites communales. Elle intègre également la dimension de la « disponibilité » des médecins (approximation). Elle permet de proposer un diagnostic - homogène pour l'ensemble du territoire régional - des inégalités infra-communales d'accès potentiel dans la proximité à un bouquet de services sanitaires de premiers recours. Les résultats, notamment cartographiques [carte1], montrent que ces inégalités sont loin d'être négligeables et qu'elles reposent largement sur des facteurs associés aux niveaux de centralité et de densité urbaine. Les inégalités observées s'expliquent aussi, mais dans une moindre mesure, par des facteurs associés aux caractéristiques sociales. Un effet « quartier », cumulatif à l'effet « caractéristiques communales » se dégage également. Ces résultats statistiques ont été confrontés aux réalités de terrain dans une phase 2 de l'étude réalisée avec l'ORS ÎdF. Outre les résultats déjà engrangés, l'intérêt de la méthodologie élaborée consiste à pouvoir être appliquée à la mesure de l'accessibilité globale à l'ensemble de l'offre sanitaire ou encore à d'autres domaines d'équipements et de services. Elle permet également de mesurer les niveaux d'accessibilité à différents seuils de proximité, pour adapter le diagnostic proposé à l'étude de populations aux besoins spécifiques (populations captives ou peu mobiles notamment) [carte2]. Une méthodologie comparable a été développée parallèlement par l'IRDES, au niveau communal sur la France entière (APL). Une collaboration entre l'IAU et l'IRDES est en cours pour affiner la méthodologie et les hypothèses qui la sous-tendent. Mots-clés : Accessibilité, Inégalités, Infra-communal, Île-de-France, Premier recours

Barbara PERELMAN

Town : Trappes, France

Job Title : chargée de mission

Company : CASQY

Title of the presentation : « Offre de soins à Saint-Quentin-en-Yvelines : de l'observation à l'action »

Abstract :

Par la Politique de la Ville, la Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (CASQY, 7 communes, près de 150 000 habitants) est engagée dans la santé depuis 1994 (Contrat de Ville, Contrat Urbain de Cohésion Sociale, ASV). En 2001, la CASQY crée l'Institut de Promotion de la Santé (IPS), service intercommunal permettant de fédérer les acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire. La diminution du nombre de professionnels de santé, notamment en libéral, et plus particulièrement dans les soins de premiers recours, alerte depuis 2008 les élus du territoire. L'étude de l'association RIR

(Regroupement-Implantation-Redéploiement) a permis d'avoir un premier diagnostic quantitatif de l'offre de soins ambulatoire sur le territoire et d'en partager les conclusions avec les professionnels de santé et les élus en Conseil de Santé. Afin d'aider les élus et les acteurs du territoire dans leurs décisions et leurs actions, la Veille de santé publique, dispositif mis en place à l'IPS en 2008, a élaboré plusieurs outils d'observation, notamment un tableau de bord santé dont un chapitre est consacré à l'offre de soins avec des indicateurs qui peuvent être suivis dans le temps. Pour compléter ces données, une enquête qualitative sur l'offre de soins de 1er recours a été réalisée en 2012 par l'IPS auprès de 500 professionnels de santé (110 réponses). L'analyse de l'offre de soins a été faite à partir des délais d'attente pour un RDV, des critères d'installation sur le territoire, des projets professionnels dans les 5 années à venir, de la perception de l'offre de soins par la population, ... Depuis 2011, la CASQY et l'UFR des Sciences de la santé « Simone Veil » (médecine, soins infirmiers, sages-femmes...) se réunissent en Unité mixte pour développer des actions locales partenariales et participer à la démarche de maillage territorial en pôle de santé. Ces différents outils enrichissent les réflexions avec les professionnels de santé, et ont impulsé certains d'entre eux à proposer la mise en place de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et universitaires. Plusieurs questions se posent alors. La surface requise à la mise en place de ces MSP et la préférence pour des locaux en rez-de-chaussée interpellent les élus dans leur rôle d'aménageur du territoire. La collectivité peut réserver des surfaces dans un nouveau quartier ou faciliter la réhabilitation de bâtiments. Elle peut proposer la location de locaux à des tarifs préférentiels. La collectivité doit porter sa réflexion sur l'ensemble des quartiers et favoriser la meilleure répartition de l'offre de soins possible, sans ingérence dans les activités libérales et sans favoriser un regroupement plutôt qu'un autre. La concertation avec l'ensemble des acteurs doit respecter les règles de chacun. La collectivité doit également penser l'accessibilité des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (transports, parkings, dépose-minute...). Enfin, le regroupement des professionnels de santé dans une maison « centrale » ne doit pas accentuer les inégalités d'accès aux soins en diminuant l'offre de proximité dans certains quartiers, mais au contraire s'inscrire dans la réduction des inégalités sociales de santé. Soumis à l'autorisation de notre hiérarchie pour les frais d'inscription. Auteurs : Danièle Viala, Marilyne Brément-Marchesseau, Barbara Perelman