



# Offre de soins et inégalités sociales de santé

## L'implication des villes au service de la solidarité

**Dr Pierre Micheletti**  
Directeur du Service de santé publique, ville de Grenoble, trésorier-adjoint de Médecins du monde

**À Grenoble, comme sur la plupart du territoire, les quartiers défavorisés ont une offre de soins inférieure aux autres secteurs. Les collectivités territoriales interviennent en soutenant les actions de soins et de prévention menées par les associations dans les quartiers dits « sensibles ».**

Les épisodes de violence qu'ont connu un certain nombre de villes au mois de novembre 2005 ont exprimé de façon aiguë les difficultés sociales que concentre le milieu urbain.

L'étude de l'offre de soins libérale constitue un outil partiel mais spécifique pour juger de ces inégalités territoriales et traduit de façon objective et quantifiable certaines des réalités de zones dites « sensibles ». L'inégalité dans l'accès aux soins constitue l'un des mécanismes qui conduisent aux inégalités sociales de santé.

Grenoble accueille une forte proportion des bénéficiaires de minima sociaux, en lien avec la santé (allocation adultes handicapés, revenu minimum d'insertion, couverture maladie universelle), du département de l'Isère. L'analyse de l'offre de soins en médecine générale, en chirurgie dentaire et en psychiatrie générale fait apparaître de nets déséquilibres territoriaux dans les densités de professionnels en faveur des quartiers ayant les meilleurs indicateurs socio-économiques.

Bien que le système de santé ne fasse pas partie des compétences réglementaires des villes, ces constats s'imposent aux élus municipaux. Leur proximité avec les réalités de terrain les amène à être de plus en plus fréquemment sollicités dans ce domaine, en particulier à l'égard de la médecine générale et de la gestion des urgences de proximité, dont les questions de santé mentale.

Par ses actions ou son soutien à un certain nombre d'acteurs ou de dispositifs, la ville cherche à atténuer ces

inégalités. La ville de Grenoble soutient en particulier une structure associative, l'Agecsa, laquelle prend en charge l'offre de médecine générale de près de 15 % de la population de la commune.

Grenoble compte environ 150 000 habitants et fait partie d'une communauté d'agglomération qui en comporte près de 500 000. Les élus ont de multiples occasions de se confronter aux réalités de la population : permanences, réunions publiques, courriers.

Chaque année, près de 250 000 correspondances parviennent à l'administration municipale.

Les conseillers municipaux sont des interlocuteurs privilégiés autour, entre autres, des questions de santé et de solidarité, dans le cadre de compétences réglementaires et légales qui restent officiellement modestes sauf volontarisme particulier des communes.

De ce point de vue, Grenoble a une histoire riche et ancienne qui remonte au début du xx<sup>e</sup> siècle autour de la publication de la loi de 1902 qui portait création des bureaux d'hygiène.

### **Une concentration sur la « ville-centre » de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)**

Globalement, la ville concentre sur son territoire un certain nombre de bénéficiaires des minima sociaux. Ainsi la ville de Grenoble représente 14 % de la population du département de l'Isère et regroupe 42 % des bénéficiaires de la CMU de base.

La densité de bénéficiaires de la CMU est ainsi 2,2 fois plus élevée sur le territoire de la ville qu'ailleurs sur le territoire du département (tableau 1).

### Des quartiers avec de nettes différences de vulnérabilité sociale

La ville comporte six secteurs administratifs de poids démographiques différents variant de 10 à 24 % de la population totale (figure 1). Chacun de ces six secteurs est décrit au travers de 8 indicateurs :

- Le pourcentage de population de nationalité étrangère
- Le taux d'actifs sans emploi
- Le taux d'emplois précaires parmi les salariés
- Le taux de population sans diplôme
- Le taux de familles monoparentales
- Le taux de familles monoparentales dont les parents ne travaillent pas
- Le taux de locataires de l'habitat social
- Le taux de locataires dont les revenus sont inférieurs à 60 % du plafond de ressources PLA (prêt locatif aidé).

Pour 7 indicateurs sur 8, les informations sont convergentes et pointent plus particulièrement la fragilité socio-économique des habitants des secteurs 5 et 6 du territoire de la ville (tableau 2).

### Une répartition spatiale très inégale des médecins libéraux

Concernant la répartition spatiale des praticiens sur les six secteurs de la ville, on constate une concentration des médecins des trois spécialités étudiées sur le centre-ville (secteur 2), lequel représente 24 % de la population mais concentre 35 % des médecins généralistes, 46 % des dentistes et 72 % des psychiatres libéraux.

Le tableau 3 résume les écarts de densité pour les trois spécialités étudiées en comparant les différents secteurs entre eux, et à la moyenne de l'ensemble du territoire de la ville.

Pour les trois catégories de praticiens, le centre-ville présente des écarts de densités importants avec le quartier le moins bien doté.

- Les médecins généralistes y sont 2,5 fois plus nombreux sur le secteur 2 que sur le secteur 5 ;
- Les chirurgiens-dentistes y sont 10 fois plus nombreux ;
- Les psychiatres y sont 13 fois plus nombreux.

tableau 1

### Part de la ville de Grenoble dans le nombre de bénéficiaires de la CMU du département de l'Isère

Prestations	CMU			Total
	base seule	b + c	c seule	
Nb bénéficiaires Isère	4 024	9 479	28 424	41 927
Nb bénéficiaires Grenoble	1 699	3 917	9 730	15 346
Grenoble/Isère	42 %	41 %	34 %	36 %
Densités de bénéficiaires de la CMU pour 1 000 habitants Grenoble/Isère				
	2,59	2,53	2,10	2,24
Population		Grenoble	Isère	
Insee 1999		153 426 (14 %)	1 093 786	

\* Source : CPAM de Grenoble 14 avril 2003.

figure 1

### Répartition des médecins libéraux par secteur de la ville de Grenoble

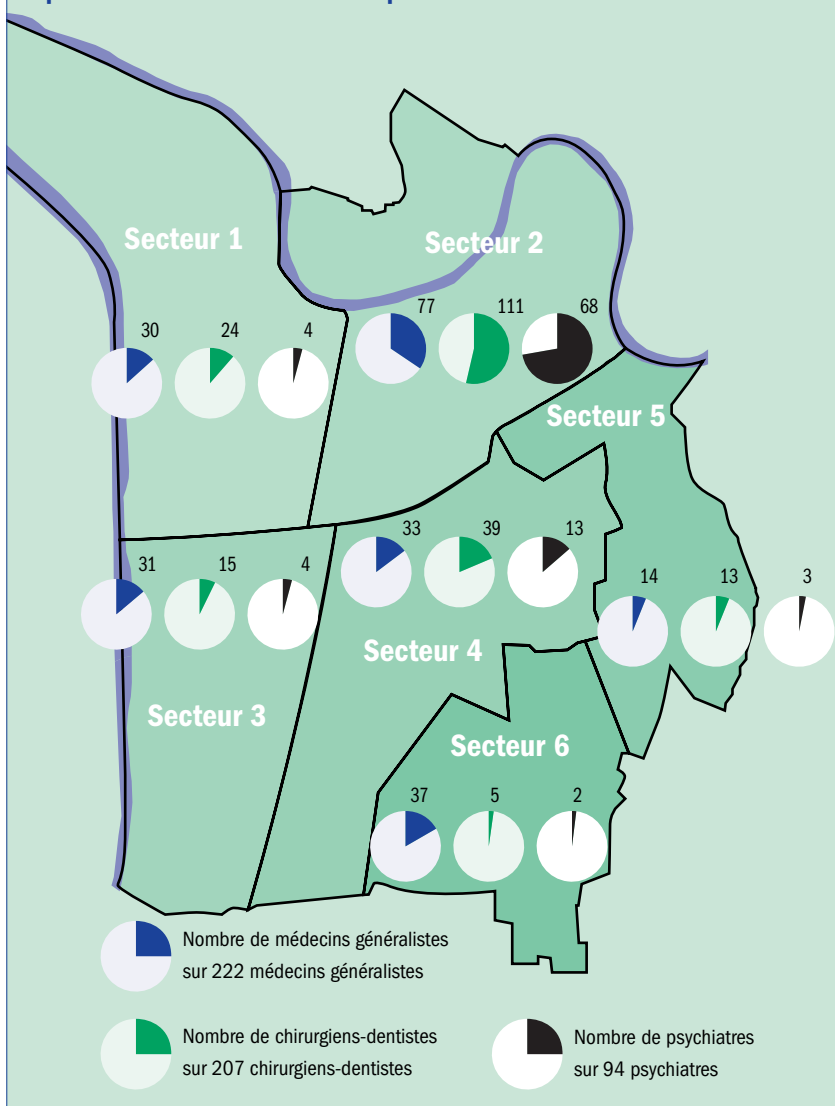




tableau 2

### Analyse comparative de certains indicateurs de vulnérabilité sociale

Secteurs administratifs	1	2	3	4	5	6	Grenoble
Part de la population totale de la ville	19	24	13	20	10	14	100 %
% de population de nationalité étrangère	8	8	9	7	13	13	9
% actifs sans emploi	14	13	18	12	25	22	16
Taux d'emplois précaires parmi les salariés	23	21	19	17	22	22	20
Taux de population sans diplôme	14	13	18	16	31	23	18
Taux de familles monoparentales	14	16	15	14	21	23	17
Taux de familles monoparentales dont le parent ne travaille pas	8	6	8	4	16	11	NC
Taux de locataires de l'habitat social	8	9	12	7	43	49	16
Taux de locataires dont les revenus sont inférieurs à 60 % du plafond de ressources PLA	54	59	69	56	70	70	66

Source : Insee 99 (secteurs Iris approchés)

tableau 3

### Médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et psychiatres libéraux à Grenoble (densités pour 1 000 habitants au 31 juillet 2002)

	Isère	Grenoble	Secteur 1	2	3	4	5	6
<b>Médecins généralistes</b>								
	1,67 < D < 1,84	1,52	1,13	2,19	1,36	1,03	0,92	1,72
<b>Chirurgiens-dentistes</b>								
	1,37	1,35	0,90	3,15	0,66	1,22	0,33	0,60
<b>Psychiatres</b>								
	NC	0,61	0,15	1,93	0,17	0,41	0,13	0,14

#### Une analyse qu'il faut nuancer

Cette description restitue une vision statique de l'offre de soins et ne rend pas compte des dynamiques de déplacements des populations d'un quartier à l'autre de la ville, ou d'une commune à l'autre au sein de l'agglomération, ce qui rendrait une vision plus fidèle de l'accessibilité géographique effective aux praticiens libéraux.

L'analyse et les informations concernant plus particulièrement la densité médicale ne tiennent pas compte des pyramides des âges sur les six secteurs administratifs, en particulier le poids des personnes âgées sur le centre-ville.

Le critère d'accessibilité géographique à l'offre de soins ne constitue qu'un des facteurs de cette accessibilité à côté d'autres déterminants tels que les moyens financiers, ou les barrages culturels et linguistiques.

Enfin, l'accès à la santé ne peut se résumer à l'accès aux soins.

Dans trois domaines : la médecine générale, les soins dentaires et la psychiatrie, on constate une concentration de professionnels libéraux sur le centre-ville.

En valeur absolue comme en densité, les territoires socialement défavorisés présentent une offre de soins nettement inférieure aux autres secteurs.

Les difficultés sociales et financières, parfois les obstacles administratifs ou linguistiques, se surajoutent ainsi à l'éloignement géographique et à une moindre présence de médecins, aboutissant à un cumul des entraves dans l'accès aux soins.

La municipalité intervient sur cette problématique au travers, entre autres, de son soutien financier aux centres de santé, structure associative (Agecsa) qui développe des actions de soins et de prévention dans des quartiers dits « sensibles » de la ville. Cinq centres de santé

contribuent à la prise en charge de la santé de 20 000 personnes. Une vingtaine de médecins réalisent environ 100 000 actes aux côtés d'autres professionnels de santé : infirmier(e)s, kinésithérapeutes, nutritionnistes...

Le conseil général, qui a perçu les enjeux de ces déséquilibres, contribue également au soutien financier à l'Agecsa.

L'association des centres de santé, pilier de l'offre de soins à l'égard des populations les plus fragiles, est pourtant chroniquement déficitaire. Elle est victime de la lente érosion des financements publics de l'État en même temps que de l'hypocrisie de la logique des financements sur projets qui fait abstraction des réalités économiques structurelles des associations intervenant dans le champ de la précarité.

La situation grenobloise n'est pas isolée. Elle illustre la nécessité, pour les élus locaux, d'être attentifs à la présence des professionnels de santé dans les zones

urbaines sensibles, cette nécessité étant rappelée dans le volet santé de la récente loi de rénovation urbaine (loi Borloo).

Les inégalités infra-communales d'offre de soins pointent ainsi deux questions de santé publique et de politiques publiques de nature à intéresser le décideur, le citoyen et le gestionnaire : elles rendent d'actualité les débats autour de la liberté d'installation des praticiens libéraux et elles soulignent le rôle des services publics tels que la psychiatrie de secteur ou la santé scolaire au service d'une forme de « rattrapage » dans l'accès global à la santé des habitants des quartiers les plus précaires.

Le secteur libéral constitue l'une des composantes clefs de notre système de santé et de soins. Il échappe néanmoins aujourd'hui à toute forme de planification territoriale et n'est contrôlé que dans sa dimension quantitative globale au travers de la maîtrise du nombre de postes ouverts chaque année pour chaque catégorie de métier ou de spécialité. Le Haut Comité de la santé publique a pourtant pointé depuis 1994 les inégalités que connaît notre pays en la matière.

Au-delà des récentes déclarations d'intention, l'avenir nous dira, au travers des soutiens financiers apportés par l'État à ses propres dispositifs comme à ceux de ses partenaires, s'il a pris pleinement la mesure, dans le domaine de la santé (prise comme objet de cohésion sociale), des écarts à combler. ■

## BRÈVES EUROPÉENNES

20 octobre 2005

### Les dépenses de protection sociale en Europe

Les dépenses de protection sociale ont représenté 27,7 % du PIB de l'UE 25 en 2002. Cette moyenne varie d'un État membre à l'autre. En 2002, en Suède, la part des dépenses de protection sociale a été la plus élevée (32,5 %), suivie par la France (30,6 %), l'Allemagne (30,5 %) et le Danemark (30 %). C'est en Estonie et en Lettonie (14,3 %), en Lituanie (15,2 %) et en Irlande (16 %), que les dépenses ont été les plus faibles. Ces informations, qui proviennent d'un rapport publié par Eurostat (l'Office statistique des Communautés européennes), révèlent la diversité des systèmes nationaux de protection sociale ainsi que des structures économiques, sociales et institutionnelles propres à chaque pays.

24 novembre 2005

### Consommateurs problématiques de drogue dans l'Union européenne

Le rapport 2005 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe, publié par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT), signale que le nombre de consommateurs problématiques de drogue dans l'Union européenne s'établit à 2,1 millions, dont 1 million par voie d'injection. Plus de 62 millions d'Européens (plus de 20 % du nombre total des adultes) ont déjà goûté au cannabis et environ 20 millions en ont consommé au cours des douze derniers mois... Face à ce chiffre, la Commission doit proposer une approche cohérente pour développer le modèle européen de lutte contre la drogue dans l'ensemble de l'Union européenne.

1<sup>er</sup> décembre 2005

### Mesures pour l'intégration active des personnes handicapées

Pour la période 2006-2007, la Commission européenne a pris pour objectif d'améliorer l'intégration active des personnes handicapées dans l'Union européenne grâce à une série de mesures visant entre autres à la révision du Fonds social européen, à la promotion de la notion d'autonomie de ces

personnes, à l'égalité des chances par le soutien à la formation et à l'accès à l'emploi dans les entreprises.

5 décembre 2005

### Impact du changement climatique sur la santé

Lors de la Conférence des Nations unies sur les changements climatiques organisée à Montréal, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a présenté un rapport sur les activités réalisées par le projet cCASHh (changements climatiques et stratégies d'adaptation pour la santé humaine en Europe), qui décrit, à partir d'observations, l'impact sanitaire que les changements climatiques ont sur les populations.

14 décembre 2005

### Aide aux pays en développement pour mettre fin à la pénurie de professionnels de santé

La Commission a adopté une stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et d'infirmiers dans certains pays africains touchés par le sida, la tuberculose et le paludisme. Cette stratégie vise à combattre l'émigration des professionnels de la santé de ces pays vers les pays industrialisés. L'investissement direct dans le secteur de la santé par un soutien budgétaire devrait inciter les professionnels de santé à rester dans leur pays, sans les priver de formation et de travail à l'étranger dans le cadre de programmes spécifiques.

15 décembre 2005

### Plan de lutte contre le VIH/sida pour la période 2006-2009

À l'occasion de la journée mondiale du sida qui a eu lieu le 1<sup>er</sup> décembre 2005, le réseau EuroHIV, financé par l'UE, a publié des données indiquant que le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués ne cessait de croître. Selon les estimations de l'Onusida, 2,3 millions de personnes sont atteintes du VIH et du sida dans la région européenne. Aussi, la Commission européenne a adopté le 15 décembre 2005 un texte mettant l'accent sur la participation de la société civile, les partenariats avec l'industrie, la prévention, l'éducation...