

Conseil Territorial de Santé de l'Essonne
Infradépartemental – 12 juin 2025

Santé et ruralité

Compte-rendu détaillé

I. Ouverture de la séance

La séance du Conseil territorial de santé de l'Essonne s'est tenue le jeudi 12 juin 2025 à Étampes, en présence de nombreux élus, représentants institutionnels, professionnels de santé, usagers et acteurs du médico-social. Elle marque le lancement du premier CTS **infradépartemental**, dédié aux enjeux spécifiques de la ruralité en Essonne, avec pour objectif d'enraciner les décisions de santé publique dans les réalités territoriales.

Le président du CTS, **Jean-Louis Di Tommaso**, a ouvert la séance en remerciant l'ensemble des participants pour leur présence, et plus particulièrement Mesdames **Myriam Maslouh** et **Zahira Kada**, dont l'implication a été saluée.

Dans son propos introductif, M. Di Tommaso a rappelé les fondements et l'ambition du CTS : il ne s'agit pas uniquement d'un espace de diagnostic, mais bien d'un **lieu de concertation, de remontée des réalités locales et de construction de réponses concrètes**. Le CTS se donne pour mission de dépasser les constats pourtant accablants en termes d'offre de soins, de démographie médicale et d'inégalités sociales pour élaborer **un véritable plan d'action structuré, cohérent et adapté au territoire**.

Les enjeux sont majeurs, en particulier dans le sud de l'Essonne : **vieillesse de la population, précarité grandissante, isolement, pénurie de professionnels, défaut de coordination des parcours de soins**. Face à ces défis, il est impératif de **mobiliser les ressources existantes**, de **valoriser les forces en présence** (élus engagés, associations, soignants résilients) et d'**innover dans les réponses apportées**. Pour cela, il faut partir du terrain, en s'appuyant sur une intelligence collective.

Le président a également souligné que le CTS s'inscrivait dans la continuité du **Forum "Territoires et santé"** organisé par l'ARS Île-de-France en décembre 2024. Le Directeur général de l'ARS IDF, **Denis Robin**, y avait alors exprimé sa volonté de renforcer les marges de manœuvre territoriales, notamment en **déconcentrant une partie du Fonds d'intervention régional (FIR)** à l'échelle départementale, en lien étroit avec les CTS.

Dans ce cadre, la Délégation départementale de l'Essonne a fléchi pour 2025 une enveloppe de **350 000 euros**, spécifiquement dédiée au **renforcement de l'accès à la santé dans les zones rurales** du département. M. Di Tommaso a salué cette dynamique, tout en appelant à une utilisation ciblée, pragmatique et évaluée de ces moyens.

Il a formulé un souhait fort : que cette réunion permette **des échanges sincères et constructifs**, au service d'une action publique à hauteur des réalités.

II. Intervention introductive des représentants des territoires

Carine Houdouin – Présidente de l'Association des Maires Ruraux de l'Essonne

Mme Houdouin a pris la parole pour saluer l'organisation de cette réunion consacrée à la santé en milieu rural, thème de préoccupation majeure pour les élus locaux. Elle a souligné que les maires sont **en première ligne**, au contact quotidien des populations, et que **la demande d'accès aux soins y est massive, constante et urgente**.

Les difficultés évoquées ne sont pas nouvelles : manque de médecins généralistes, délais d'attente excessifs, raréfaction des spécialistes. Mais à ces enjeux bien connus s'ajoutent aujourd'hui des problématiques plus **silencieuses mais tout aussi critiques**, notamment en **santé mentale des jeunes**. Mme Houdouin a ainsi insisté sur **la nécessité de prendre en charge les publics plus jeunes**, souvent négligés dans les approches classiques centrées sur les personnes âgées. **La jeunesse** constitue, selon elle, une **priorité absolue** en matière d'accompagnement psychologique, de prévention et de soutien.

Elle a conclu en appelant à une **construction collective de solutions**, où les élus locaux doivent avoir toute leur place.

III. Représentation de l'État – Préfecture de l'Essonne

Benoît Vidon – Sous-préfet d'Étampes, accompagné de M. Olivier Delcayrou, secrétaire général de la préfecture et sous-préfet d'Évry

M. Vidon s'est dit honoré de participer à ce Conseil, en soulignant l'importance stratégique de la thématique abordée. Il a rappelé que la ruralité en Essonne représente **80 communes** et environ **72 000 habitants**, soit une **minorité de la population départementale**, mais un territoire d'enjeux très spécifiques.

Forte de son expérience de sous-préfet en territoires ruraux de province, il a mis en lumière **la singularité de l'Île-de-France**, où le contraste entre densité urbaine et isolement rural crée des difficultés d'un genre particulier, notamment en matière de **transports, d'accès aux droits, et de logistique des soins**.

M. Vidon a souligné que l'État s'engageait sur ces enjeux à travers plusieurs axes :

- **Suivi de l'agenda rural,**
- **Soutien à la coopération territoriale,**
- **Participation au développement d'initiatives locales** (ex. contrats locaux de santé à Étampes, maisons de santé pluridisciplinaires, dispositifs mobiles type medicobus).

Il a rappelé que la coordination entre professionnels de santé est la clef de voûte de la lutte contre les déserts médicaux. Pour être efficaces, ces réponses doivent être **collectives, coordonnées, et basées sur l'existant**, avec une attention particulière portée à l'attractivité du territoire : **qualité de vie, image portée par les élus, dynamisme des structures de soins**.

Enfin, il a insisté sur la **nécessité d'un travail partenarial**, pour faire de l'accueil des professionnels de santé une **réussite durable** : logements, écoles, conditions d'exercice, logistique médicale.

IV. Intervention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

Albert Lautman – Directeur de la CPAM de l'Essonne

Monsieur Lautman a commencé son propos par des remerciements aux organisateurs, tout en saluant la tenue de ce premier CTS infradépartemental, consacré à la ruralité. Il a souhaité apporter un éclairage complémentaire sur la **situation spécifique du sud Essonne**, qu'il décrit comme un **territoire rural "intermédiaire"**, à la fois **trop loin de Paris pour bénéficier de l'attractivité de la métropole**, et **trop proche pour être pleinement reconnu comme relevant de la "province"**.

Il souligne que cette ambivalence géographique rend nécessaire une **stratégie de coordination originale**, notamment entre la ville et l'hôpital. Il rappelle la diversité du territoire essonnien, qui conjugue des **zones urbaines très denses** et des **secteurs ruraux dispersés**, et insiste sur l'importance de préserver cette **pluralité d'approches** dans les politiques publiques de santé.

Selon lui, l'un des leviers les plus structurants demeure la capacité à **organiser des parcours de soins cohérents**, en s'appuyant à la fois sur les **établissements hospitaliers** (CHSF, CHSE, établissements privés comme Bligny ou Barthélémy Durand) et sur un **réseau de professionnels de santé de ville**, encore trop peu coordonné. Le sud Essonne peut et doit devenir un **territoire pilote** pour construire ces articulations, à condition que les élus et les partenaires institutionnels **s'emparent collectivement de cette ambition**.

V. Intervention de l'ARS – Délégation départementale de l'Essonne

1. Richade Fahas – Directeur départemental de l'ARS 91

Monsieur Fahas a livré une **intervention stratégique**, saluant d'abord la mobilisation des élus, des professionnels de santé, des représentants hospitaliers et des associations présentes, dans un esprit de co-construction et de responsabilité partagée. Il a présenté la ruralité essonnienne comme un **véritable miroir de la France**, une "mini-France"

confrontée à **l'ensemble des problématiques nationales de santé publique**, concentrées sur un territoire restreint.

Il a rappelé que **le sud de l'Essonne**, avec ses 80 communes rurales, présente des difficultés **aussi criantes que certains territoires de métropole**, en matière d'accès aux soins, d'attractivité pour les professionnels de santé, de mobilité et de continuité des parcours.

2. Lutter contre les déserts médicaux : une priorité

M. Fahas a clairement réaffirmé la responsabilité de l'État et de l'ARS dans la **lutte contre les déserts médicaux**, en s'appuyant sur :

- Le **zonage des territoires** : indicateurs mis à jour désormais tous les **deux ans** (contre cinq auparavant), pour tenir compte des évolutions locales.
- Le **portail d'accompagnement des professionnels de santé**, visant à clarifier les dispositifs d'aides existants, et à faciliter l'installation dans les zones sous-dotées.
- Les **aides à l'installation**, ciblées vers les zones les plus carencées, notamment dans le cadre de la future convention médicale.
- Une **enveloppe dédiée de 350 000 euros** fléchée par la DD91 pour 2025, et appelée à être reconduite les années suivantes.

3. Accueil des docteurs juniors : une opportunité à concrétiser

Le directeur a mis en avant la réforme du statut des **docteurs juniors**, fruit d'une année supplémentaire d'internat en médecine générale, dans le cadre de la réforme du troisième cycle. Il a insisté sur le **potentiel stratégique** que représente cette mesure pour les territoires en tension, en précisant que **40 à 80 docteurs juniors** pourraient être accueillis en Essonne **dès les prochaines années**, si une mobilisation forte du territoire est au rendez-vous.

Il a évoqué plusieurs **conditions de réussite** :

- La **qualité des stages** proposés (services hospitaliers agréés, encadrement adapté).
- La **logistique d'accueil** (logements, conditions de vie, offre scolaire et crèche pour les familles).
- La **co-construction d'un plan d'accueil**, avec les communes et intercommunalités, dans le cadre du **copil lancé en avril 2025** par l'ARS.

M. Fahas a également souligné l'importance de **l'anticipation**, notamment pour garantir que les jeunes praticiens trouvent **des locaux professionnels adaptés** et puissent bénéficier **d'un accompagnement administratif et territorial structuré**.

Enfin, il a précisé que **l'ensemble des professions de santé** était concerné par ces dispositifs (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.), et que l'ARS entendait soutenir **des projets concrets**.

Les **projets présentés au CTS** seront soumis à l'avis des membres, et pourront bénéficier de **financements dédiés**, dans le cadre de l'enveloppe départementale.

VI. Ouverture des échanges avec la salle : retours de terrain, interrogations et contributions collectives

Faisant suite aux interventions institutionnelles, la parole a été ouverte à la salle. Cette séquence a permis une **expression riche et plurielle des réalités locales**, rassemblant médecins, élus, représentants hospitaliers, responsables d'associations, directeurs d'établissements et porteurs de projets. Les interventions ont été **organisées autour des quatre thématiques clés définies sur le sujet de la santé-ruralité** :

- Renforcer l'offre de soins ambulatoire
- Valoriser les actions de prévention
- Lutte contre l'isolement des populations rurales et santé mentale
- La santé des femmes

1. Premiers retours de terrain sur les docteurs juniors et les conditions d'accueil

1.1. La prise en compte du temps de travail des médecins

Un premier intervenant ouvre la séquence en appelant à une **révision qualitative de la méthode de zonage**. Il insiste sur l'importance de **raisonner en équivalents temps plein (ETP)** plutôt qu'en effectifs bruts de médecins. En effet, la **fémínisation de la profession**, les **modalités d'exercice partiel** et la **diversité des situations professionnelles** entraînent, selon lui, une déconnexion entre le nombre de praticiens et leur disponibilité réelle pour les patients.

1.2. La distance entre le maitre de stage et les docteurs juniors

Monsieur **Gilles Calmes** s'exprime à son tour pour poser une question sur la **mise en œuvre opérationnelle du dispositif des docteurs juniors**. Il note que de nombreux praticiens essonniers sont **maîtres de stage agréés**, mais pointe un **flou réglementaire** sur la **distance autorisée entre le docteur junior et son tuteur**. Ce point est d'autant plus crucial que **les réalités géographiques du sud Essonne imposent des déplacements conséquents**. Il appelle à une clarification rapide pour éviter que le territoire ne soit écarté de la dynamique.

1.3. Les services validant : un facteur clé dans l'effectif des internes

Un médecin psychiatre (cheffe de service) complète ce propos en évoquant les **freins structurels liés aux services hospitaliers non "validants"**. Elle rappelle qu'un service ne peut accueillir un interne ou un docteur junior que s'il dispose d'une **équipe d'encadrement suffisante**. Dans plusieurs établissements du sud Essonne, ce n'est pas le cas, ce qui crée un **cercle vicieux** : sans encadrants, pas d'internes ; sans internes, pas de renfort médical. Elle propose un **travail partenarial avec l'université**, pour faire reconnaître davantage de services comme terrains de stage, notamment en psychiatrie.

1.4. Une offre territoriale cohérente, l'accueil des docteurs juniors à l'hôpital

Monsieur **François Bérard**, directeur du CHSF, président du comité stratégique du GHT Île-de-France Sud, prend ensuite la parole pour saluer la qualité des échanges. Il insiste sur le rôle central que doivent jouer les établissements hospitaliers dans **la formation, l'intégration et la fidélisation des jeunes médecins**. Il rappelle que les docteurs juniors constituent **une ressource incontournable pour les services d'urgences, de médecine générale et de spécialité**.

Selon lui, il est impératif de construire une **offre territoriale cohérente de stages** en s'appuyant sur :

- Une **présentation lisible et attractive** du territoire ;
- Un **maillage de services hospitaliers agréés et encadrants** ;
- Un **lien renforcé avec les facultés de médecine**, afin d'intégrer pleinement l'Essonne dans les choix de stages des internes.

Il appelle enfin à une implication des établissements dans l'**accueil territorial, via la mission territoriale** : visites d'EHPAD, immersion dans les CPTS, accompagnement des dynamiques locales, pour **créer du réseau le territoire** et donner envie aux médecins de rester.

2. Vague de questions et interpellations sur les conditions d'installation, la logistique et les coopérations

Plusieurs intervenants prennent ensuite la parole pour **exprimer les besoins concrets du terrain** :

- Une élue interroge le rôle de l'ARS dans la **mise à disposition de logements et de locaux professionnels**. Elle souhaite savoir si **les communes doivent initier la démarche** ou si une **procédure structurée** est prévue.

- Un représentant associatif évoque les **conditions de vie des jeunes médecins** : logement, qualité des écoles, services publics... Ces éléments, selon lui, sont **aussi importants que les dispositifs financiers**, dans l'attractivité globale du territoire.
- Une question est posée sur les **crèches** : la majorité des jeunes docteurs juniors étant en phase de fondation familiale, **les capacités d'accueil des jeunes enfants** sont un facteur déterminant dans leur choix d'installation.

3. Réponses croisées – Richade Fahas (ARS), Albert Lautman (CPAM) et Olivier Delcayrou (Secrétaire général de la préfecture et sous-préfet d'Evry)

3.1. Monsieur **Albert Lautman** intervient en premier pour répondre sur la question des ETP. Il rappelle que **le temps de travail réel des médecins libéraux n'est pas mesuré**, aucun outil ne permettant un suivi aussi fin. Il appelle néanmoins à **éviter d'opposer les générations ou les sexes** : ce n'est pas une question de genre, mais un **phénomène sociétal de transformation du rapport au travail**. Il note que **jeunes hommes et jeunes femmes travaillent désormais moins d'heures**, dans un mouvement mondial que ni l'ARS ni la CPAM ne peuvent inverser seules.

Il précise que l'année supplémentaire d'internat pour les médecins généralistes est une opportunité de les **fidéliser**. Les médecins de ville doivent travailler en équipe sur le terrain, avec la commune, les élus locaux. Les maîtres de stages universitaires s'engagent dans la démarche lorsqu'ils ont fait la formation.

Il a salué l'implication des **centres hospitaliers, des élus, des CPTS, des universités et des professionnels de terrain**, qui forment ensemble ce qu'il a appelé un « triangle de fer », essentiel à la réussite du dispositif.

Il appelle à **repenser les organisations de soins**, plutôt que de chercher à restaurer un modèle révolu.

Il souligne et félicite les **avancées de la médecine** qui ont permis de soigner de nombreuses maladies, ce qui explique une **population de plus en plus vieillissante**.

Il indique en exemple, que parmi 13 000 patients en ALD, **6500 ont retrouvé un médecin traitant**. Il appuie une démarche qui doit rester positive.

3.2. Monsieur **Richade Fahas**, de son côté, répond point par point :

- Concernant les **locaux professionnels**, l'ARS va partager une **grille de critères** (surface, accessibilité PMR, localisation...) afin d'identifier **les locaux vacants mobilisables**. Il invite les élus à participer à une **cartographie partagée**, citant Mme **Fabienne Leguicher**, maire de La Norville, comme élue déjà engagée dans cette démarche.

- Sur la **logistique de l'accueil**, il confirme que **des travaux sont en cours au sein du copil "Accueil des docteurs juniors"**, lancé en avril 2025. Ce copil réunit les communes, les établissements hospitaliers, les intercommunalités et les services de l'ARS, pour planifier les conditions d'arrivée des médecins en 2026.
- Sur la **question des crèches et des écoles**, il confirme que ce sont des **éléments déterminants dans les choix d'installation**. Il appelle les collectivités à **proposer un "pack d'accueil" attractif**, incluant logement, cadre de vie et accompagnement administratif.

3.3. **Monsieur Olivier Delcayrou**, insiste sur l'importance d'une **planification collective et anticipée** pour préparer efficacement l'accueil des **docteurs juniors** dès novembre 2026, principalement dans le sud de l'Essonne. Il appelle à **coconstruire avec les élus locaux, les professionnels de santé et les établissements hospitaliers**, une stratégie adaptée à la réalité territoriale, en répondant notamment aux questions concrètes de proximité, de tutorat et de compagnonnage. L'objectif est d'éviter les **effets déceptifs** comme des logements prévus mais non occupés faute de médecins.

Il souligne également la nécessité d'un **accompagnement administratif renforcé** (secrétariat, aide à l'installation) afin d'éviter que les jeunes médecins se retrouvent isolés. Cette démarche doit être pilotée conjointement par **l'ARS, le CTS et les collectivités locales**, afin d'identifier clairement les territoires en mesure d'accueillir ces jeunes praticiens dans des conditions optimales.

Enfin, il rejoint le président du CTS sur la nécessité d'une **véritable prise en compte des avis exprimés par les acteurs locaux**, précisant qu'il est indispensable de rendre compte clairement des motifs pour lesquels ces avis sont ou non suivis.

4. Les zonages

4.1. Alerte du Président du CTS sur les avis rendus

Jean-Louis Di Tommaso souligne que le CTS est régulièrement consulté sur la question du **zonage**, mais déplore que son avis, pourtant fondé sur une **connaissance fine du territoire**, soit seulement consultatif et souvent ignoré dans la décision finale. Il regrette particulièrement que des zonages soient appliqués malgré des **avis défavorables motivés**, posant ainsi la question du réel impact du CTS, instance qui rassemble pourtant une pluralité d'acteurs locaux aux expertises reconnues. Il prend pour exemple les réserves émises précédemment sur les **Contrats Locaux de Santé (CLS)**, également peu suivies d'effet.

4.2. Virginie Buisson – Des zonages aux méthodologies néfastes pour les officines

Mme **Virginie Buisson**, représentante des pharmaciens, apporte une précision importante sur le **zonage officinal**, qui est en lien avec les **aides conventionnelles négociées avec la CPAM**. En effet, **sans classement en ZIP+, un territoire ne peut prétendre à un financement, ce qui réduit à néant l'impact attendu**.

Virginie Buisson explique que les représentants nationaux des pharmaciens sont interdits actuellement de toute modification locale des zonages pharmaceutiques, ce qui conduit à des **résultats peu adaptés à la réalité de l'Essonne**. Malgré un avis négatif du CTS, l'ARS n'a pas les leviers juridiques nécessaires pour changer ces zonages. Elle souligne ainsi **les limites réelles** du rôle de l'ARS et des services de l'État, qui sont strictement encadrées par des décisions nationales.

Elle souligne une **incohérence manifeste entre les zonages actuels et les réalités du terrain** : des communes comme **Morsang-sur-Orge**, avec cinq pharmacies, se retrouvent classées "zones fragiles", tandis que d'autres territoires, **bien plus démunis**, sont exclus des dispositifs d'aides.

Elle dénonce un zonage reposant sur **un texte ancien**, fondé sur la **maille du territoire vie santé qui est trop lâche**, alors que **la réglementation pharmaceutique repose sur la commune**.

Elle évoque la **perte de subventions pour des pharmacies rurales**, y compris dans les communes où elles sont **les dernières structures de proximité**. **Les élus voient donc leurs pharmacies contraintes de fermer, et celles-ci n'ouvriront plus**. Ainsi, elle appelle à une révision du zonage et à une **prise en compte réelle des besoins**.

4.3. Réponse de Monsieur Richade Fahas

Richade Fahas répond à Jean-Louis Di Tommaso en précisant que les zonages sont strictement encadrés par des **critères nationaux** pour assurer **l'équité territoriale**. Il explique que le CTS a effectivement un rôle consultatif, mais que la modification des zonages ne peut dépendre uniquement du CTS. Il prend pour exemple les sage-femmes, pour lesquelles un pourcentage maximal de population concernée par les zones renforcées est fixé à l'avance.

Il rappelle toutefois que Denis Robin, directeur général de l'ARS Île-de-France, a départementalisé certains moyens financiers en concertation avec le CTS afin de mieux répondre aux réalités locales. Il reconnaît néanmoins que l'ARS rencontre parfois des **limites réglementaires**, l'empêchant d'agir pleinement sur tous les aspects soulevés par le CTS. Même si certains ajustements peuvent être envisagés, ils restent limités par un plafond fixé nationalement, concernant le pourcentage maximal de la population essonnienne pouvant être inclus dans les **ZIP+ (zones renforcées)**.

4.4. Réponse de Monsieur Jean-Louis Di Tommaso

Jean-Louis Di Tommaso précise que les interventions du CTS concernant le zonage médical ne relèvent en aucun cas du copinage, mais d'une volonté sincère de faire remonter les difficultés concrètes du terrain. Il ajoute que lui-même et Fabienne Leguicher ont porté cette question au sein du **CESE (Conseil Économique, Social et Environnemental)** et du **Conseil départemental**, en tant que représentants du CTS, afin que ces **préoccupations locales soient mieux prises en compte**.

5. Troisième vague d'interventions sur l'accessibilité aux soins et les mobilités

5.1. Françoise Ellien – Directrice de l'association SPES, DAC Sud Essonne

Madame Françoise Ellien, responsable d'une équipe mobile de soins palliatifs, prend la parole en remerciant tout particulièrement M. Albert Lautman pour sa manière claire et encourageante d'aborder les défis actuels.

Elle insiste ensuite sur les **difficultés générées par les évolutions de la médecine**, qui modifient profondément les parcours de soins. Elle précise qu'il existe une différence majeure entre le **suivi médical et le soin**, soulignant que les maladies chroniques nécessitent désormais un accompagnement prolongé et coordonné dans le temps.

Elle rappelle que la ville d'Étampes présente un **Indice de Développement Humain (IDH2)** inférieur à **0,52**, révélateur d'un niveau élevé de précarité sociale. Certains quartiers atteignent même un indice très bas (**0,29**), proche de celui observé dans des zones urbaines très sensibles telles que Ris-Orangis ou Corbeil-Essonne. Étampes concentre ainsi, selon elle, à la fois **les difficultés des grandes agglomérations et celles spécifiques à la ruralité**, dans un territoire de 57 000 habitants.

Madame Ellien apporte un exemple concret et parlant pour illustrer les difficultés pratiques d'accès aux soins en milieu rural : elle cite le cas précis d'une personne âgée de 82 ans vivant à Mérobert, dans l'impossibilité de se rendre à une consultation d'ophtalmologie à Étampes, faute de transport adapté, en particulier lors d'événements comme les grèves de taxis.

Elle conclut en soulignant l'importance cruciale de prendre en compte non seulement la présence médicale mais aussi l'**accessibilité physique réelle aux soins**, notamment pour les personnes âgées et isolées. Elle insiste également sur le fait que l'accueil des jeunes médecins ne peut pas faire l'économie d'une réflexion approfondie sur **la qualité des infrastructures locales**, telles que les crèches et écoles, qui jouent un rôle déterminant dans l'attractivité durable du territoire.

5.2. Kim Delmotte – Maire de Cheptainville, membre du bureau de l'Association des Maires Ruraux (AMR) : les difficultés rencontrées par les communes en ruralité

Madame Kim Delmotte intervient ensuite pour rappeler que les élus des collectivités rurales prennent à cœur les enjeux de santé de leurs administrés. Elle décrit une **ruralité très contrastée**, avec des communes comme Cheptainville, forte de 2 200 habitants, côtoyant des villages beaucoup plus modestes, tels que Richarville, peuplés seulement de 400 habitants. Cette diversité rend complexe une politique uniforme d'accès aux soins.

Elle souligne aussi les contraintes particulières que rencontrent les petites communes rurales, confrontées à des **exigences administratives croissantes**, notamment en matière de services publics liés à la petite enfance et à l'ensemble des réformes administratives en cours. Les maires ruraux sont souvent mobilisés sur plusieurs fronts à la fois, avec des ressources humaines très limitées. **Les maires ont d'autres activités que leur rôle de maire et les ETP sont rares dans les petites communes.**

Mme Delmotte conclut sur la volonté forte des élus locaux à s'engager dans les projets de santé proposés par l'ARS, tout en demandant un **accompagnement institutionnel tenant compte des réalités administratives et logistiques propres aux petites communes.**

5.3. Carine Houdouin – La mobilité en milieu rural

Madame Carine Houdouin, à nouveau, intervient en soutenant fortement les propos précédents sur la nécessité d'**intégrer pleinement la question de la mobilité** et de l'accessibilité aux politiques de santé. Elle déplore que les élus locaux n'aient pas de prise directe sur les politiques de mobilité décidées par **Île-de-France Mobilités**, regrettant un manque de concertation qui aboutit souvent à des offres de transports inadéquates.

Elle souligne les limites actuelles du dispositif de **Transport à la Demande (TAD)**, précisant que ce type de service ne répond que partiellement aux besoins réels des habitants, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap, pour qui le déplacement reste une problématique majeure.

5.4. Intervention sur les services d'aide à domicile (SAD)

Une autre intervenante, représentante associative locale, attire l'attention sur les conséquences négatives de la récente réforme des **Services d'Aide à Domicile (SAD)**. Elle alerte sur les difficultés financières croissantes que rencontrent les associations rurales, contraintes de réduire leur nombre d'heures d'intervention en raison d'une

augmentation des tarifs horaires imposée par la réforme. En conséquence, de nombreuses personnes fragiles ne sont plus en mesure de financer leur accompagnement, ce qui fragilise gravement les dispositifs locaux de maintien à domicile, pourtant essentiels en milieu rural.

5.5. Virginie Accault – Responsable du pôle santé publique à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) : le dispositif « Eductour »

Madame Virginie Accault intervient ensuite pour présenter un dispositif innovant appelé "**Éductour**", » mis en œuvre actuellement dans les Yvelines par la MSA. Ce dispositif a pour objectif de **sensibiliser** et **d'attirer les futurs professionnels de santé vers les territoires ruraux**, en leur permettant **de découvrir concrètement les réalités de terrain** et **d'expérimenter la pratique en milieu rural**.

Elle explique que l'Éductour prend la forme de **séminaires interprofessionnels** regroupant futurs médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, en partenariat étroit avec **l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ)**. Ces rencontres visent à développer des projets structurants de santé en milieu rural et à favoriser une dynamique d'exercice coordonné entre professionnels.

Elle conclut en encourageant vivement l'ARS à envisager le déploiement de ce type de dispositif en Essonne, une proposition que Monsieur Richade Fahas accueille favorablement.

6. Réponses croisées

6.1. **Richade Fahas (ARS)** exprime son intérêt pour le déploiement en Essonne d'un dispositif comme *Eductour*, avant de souligner l'importance des sujets liés à la **santé mentale et à la santé des femmes**. Il insiste sur le besoin d'une coopération étroite avec les communes rurales, rappelant que malgré le rôle moteur de l'État via l'ARS et la CPAM, l'implication active des collectivités est indispensable à la réussite. Il précise que les maires seront accompagnés concrètement, notamment à travers un **comité de pilotage dédié à l'accueil des docteurs juniors**, lequel planifie les conditions logistiques d'accueil, comme les locaux adaptés et les logements.

Il rappelle aussi la nécessité d'un équilibre concernant les visites à domicile des praticiens : essentielles mais limitées par les ressources humaines disponibles. À ce sujet, il signale une expérimentation récente (depuis janvier 2025) avec **SOS Médecins Sud Essonne**, ciblant les personnes âgées de plus de 74 ans, une initiative majeure pour la première fois depuis 13 ans.

6.2. Le **Directeur de la CPAM** prend ensuite la parole, précisant que dans l'attractivité pour les professionnels de santé, notamment dans le sud Essonne, l'aspect financier

n'est pas central ; ce sont avant tout **les conditions d'exercice**, les innovations (MSP, CPTS, projets territoriaux) qui rendent un territoire attractif.

6.3. Le **Sous-préfet d'Étampes** souligne quant à lui l'importance du **virage domiciliaire**, évoquant les solutions apportées par les nouvelles technologies comme la télésanté et la téléconsultation. Il précise toutefois que ces outils technologiques ne remplacent pas entièrement la présence humaine, surtout auprès des personnes âgées.

6.4. Un intervenant présente ensuite le dispositif « **Village Avenir** », actuellement déployé sur 21 communes en Essonne, visant à mobiliser les territoires autour de projets innovants liés à l'accès aux soins, avec une labellisation des communes engagées. Il insiste sur l'intérêt de valoriser ces initiatives locales comme leviers d'attractivité territoriale.

6.5. Un autre intervenant évoque les actions déjà mises en place par la Communauté d'agglomération de l'Étampois, citant notamment la création d'un **film promotionnel du territoire**. Il soulève une question technique concernant la labellisation des maisons de santé (MSP) qui nécessitent au minimum deux médecins, demandant si l'accueil d'un docteur junior pourrait lever cette contrainte administrative.

6.6 **Richade Fahas** répond sur ce point précis en confirmant la règle actuelle (deux médecins minimums pour une MSP), mais ajoute que les **docteurs juniors peuvent néanmoins bénéficier d'un soutien à l'investissement**, facilitant leur installation sur le territoire.

6.7. Enfin, un intervenant aborde la question des **médecins à diplôme hors Union européenne (PAHUE)** en parcours de consolidation. **Richade Fahas** explique que l'ARS suit attentivement ces situations complexes au cas par cas, afin d'éviter les blocages administratifs.

Il rappelle aussi l'importance cruciale de **la formation locale des maîtres de stage universitaires (MSU)**, condition indispensable pour attirer davantage de jeunes médecins, notamment des docteurs juniors, dans le département.

7. Quatrième vague d'interventions : regards sur les projets « santé-ruralité »

7.1. Fabienne Leguicher – Maire de La Norville : la prévention, un outil clé

Mme Leguicher recentre le débat sur les **projets** et la **prévention**, en soulignant qu'**elle constitue un levier majeur pour désengorger le soin curatif**. Elle décrit la **valeur sociale des actions de prévention**, en particulier en milieu rural où elles permettent de **rompre l'isolement**. Elle appelle à un soutien aux **équipes mobiles en santé mentale**, notamment celles dépendant de l'EPS Barthélémy Durand.

7.2. Intervention de Hermann Mbongo : une forte densité d'infirmiers en Essonne, peu soutenue

L'offre de soins en milieu rural pourrait être renforcée en s'appuyant davantage sur le réseau d'**infirmiers libéraux**, déjà très présents dans ces territoires. Les infirmiers jouent un rôle central dans le **suivi global et coordonné des populations fragiles et vulnérables** (bilans de prévention, expérimentations innovantes, parcours de soins complexes). Toutefois, **le modèle actuel de rémunération à l'acte ne facilite pas une prise en charge optimale de ces patients, souvent atteints de pathologies multiples.**

Une réflexion est ainsi proposée sur la **dissociation de la rémunération des actes techniques prescrits par les médecins et des missions relevant du rôle propre de l'infirmier**, afin de valoriser leur engagement auprès des patients complexes.

Par ailleurs, une vigilance est demandée sur le développement de certaines **structures intermédiaires privées**, qui s'insèrent dans les parcours de soins en se présentant comme des coordinateurs, mais qui, en réalité, fragmentent les prises en charge et affaiblissent l'organisation territoriale existante (maisons de santé, CPTS), provoquant des difficultés supplémentaires pour les infirmiers libéraux.

Ces constats amènent à une réflexion plus large sur **l'organisation philosophique et pratique des parcours de soins dans les territoires ruraux.**

7.3. Clément Chauvel – Directeur des établissements Oppélia Essonne : le médico-social

M. Chauvel attire l'attention sur l'importance de **ne pas exclure le médico-social** du dispositif d'accueil des docteurs juniors. Il évoque des structures en tension dans le champ de l'**addictologie** (établissement à Étampes) et propose de **favoriser des temps partagés hôpital / médico-social**, pour attirer de jeunes médecins vers ces structures souvent délaissées.

Il décrit les **microstructures médicales addictions**, expérimentées en partenariat avec l'ARS Île-de-France, notamment à **Pussay et Saclas** : un médecin, un psychologue et un travailleur social sont intégrés **dans le cabinet médical**, pour proposer un accompagnement immédiat et désanonymisé aux patientes (50 % de femmes suivies dans ces dispositifs, contre 20 % dans les établissements traditionnels).

Il s'agit d'un **modèle agile et de proximité**, jugé pertinent pour les territoires ruraux.

7.4. Les initiatives en psychiatrie

Plusieurs intervenants soulignent l'importance des **actions de prévention**. Il est notamment proposé de renforcer les **programmes de développement des compétences psychosociales** comme celui en lien avec le collège de Méréville, situé dans le sud du département. Cette initiative nécessite cependant une **coordination étroite avec l'Éducation nationale** et un soutien financier clairement identifié pour garantir sa pérennité.

Monsieur **Daniel Jeancourt** présente ensuite un dispositif départemental de prise en charge ambulatoire et à domicile pour les **enfants et adolescents**, placé sous la responsabilité d'un professeur et basé à Sainte-Geneviève-des-Bois. Ce dispositif permettra notamment un **accompagnement par téléconsultation sur des périodes courtes**, avec une ouverture prévue entre septembre et octobre. Un dispositif similaire destiné aux **adultes**, en lien avec le SAU de Longjumeau, ouvrira ses portes entre juillet et septembre dans les locaux de l'ancien hôpital de Longjumeau.

Un autre intervenant présente enfin un projet innovant d'**équipe mobile de soins psychiatriques intensifs à domicile**, constituée d'un médecin et d'un infirmier. Cette équipe interviendra à domicile sur demande d'un médecin généraliste, d'un centre médico-psychologique (CMP) ou d'un service d'urgence, afin de stabiliser l'état des patients et éviter les hospitalisations ou en réduire la durée. Le suivi durera jusqu'à 12 semaines, avec des points réguliers avec les professionnels adresseurs. L'objectif est clair : prévenir les hospitalisations et les rechutes en intervenant précocement, notamment avant qu'une crise ne se déclenche. Ce dispositif repose sur le volontariat des patients.

7.5. Corinne Lefeuvre – Directrice de l'ADAPEI 91 (Chéméa) : les personnes en situation de handicap

Madame Corinne Lefeuvre intervient sur deux problématiques majeures liées au handicap :

- Elle déplore **la faible formation des médecins à la question du handicap**, entraînant des difficultés relationnelles et de prise en charge des personnes handicapées dans les établissements de santé. Elle appelle à renforcer la sensibilisation à ces enjeux dans la formation initiale des médecins.
- Elle souligne ensuite les **barrières économiques à la mobilité des personnes handicapées**, avec notamment l'exemple du coût élevé du Pass Navigo (jusqu'à 300 € par an), qui constitue un obstacle réel à l'accès aux soins.

7.6. Angèle Buil-Losinski – Coordinatrice de projets, Mission locale Sud Essonne : la santé mentale des jeunes

Mme Buil-Losinski insiste sur la **nécessité absolue de préserver les Points d'Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)**, dont les financements sont en fort recul (–70 % par le Conseil départemental en 2025 ; –30 % attendus de la CAF en 2026). Ces dispositifs sont pourtant **essentiels pour l'accompagnement psychologique des jeunes**, notamment ceux de 16 à 25 ans.

Elle décrit une réalité inquiétante : **jeunes isolés, sans suivi médical depuis plusieurs années**, en grande précarité, et parfois en **détresse mentale non diagnostiquée**. Elle alerte aussi sur les **difficultés d'accès à la mobilité**, en lien avec l'**association Soins & Mobilité**, menacée elle aussi.

8. Réponse du Directeur de l'ARS

Monsieur Richade Fahas rappelle que **350 000 euros** sont fléchés cette année pour des projets structurants dans l'accès aux soins, la santé mentale, la prévention, et que **les membres du CTS peuvent déposer de nouveaux projets** pour la rentrée. Ces projets sont soumis à **l'avis du CTS**. Il précise que l'ARS travaille dans le détail pour **accompagner les projets financièrement**.

VII. Conclusion de la séance

Richade Fahas – ARS

Il rappelle que les CTS infradépartementaux ont été créés **pour rendre l'action publique plus proche, plus souple, plus adaptée**. Leurs travaux permettent à l'ARS de mieux cibler son action, d'affiner les diagnostics, et de s'orienter vers des **projets ancrés localement**.

Il insiste sur le fait que les projets évoqués **doivent maintenant être suivis d'effets**, et annonce qu'un **temps de bilan** sera organisé, pour présenter les avancées obtenues.

Jean-Louis Di Tommaso – Président du CTS

M. Di Tommaso clôt la séance en remerciant l'ensemble des participants. Il regrette le **manque de temps pour exposer certains projets**, mais affirme la volonté du bureau du CTS de **s'emparer activement des problématiques soulevées**, dans la perspective d'un **véritable pilotage des priorités de territoire**.

Il insiste sur **l'importance de l'avis du CTS**, notamment dans le cadre de l'enveloppe de **350 000 €**, et souhaite que **les décisions prises soient à la hauteur des attentes** formulées collectivement.

Carine Houdouin – AMR

Elle exprime sa satisfaction quant à l'écoute obtenue, en rappelant que **les relations entre l'ARS et les petites communes** étaient, il y a quelques années encore, **quasi inexistantes**. Elle souligne que **la santé est une condition de bien-être, de dignité et d'attractivité territoriale**, qu'il s'agisse des aînés, des jeunes, ou des personnes en situation de handicap.

Benoît Vidon – Sous-préfet d'Étampes

Il conclut en réaffirmant le **plein engagement de l'État**, notamment dans le cadre de **l'agenda rural**, pour accompagner les projets du territoire. Il se dit convaincu que l'Essonne peut accueillir **entre 50 et 80 docteurs juniors**, à condition de maintenir la mobilisation collective.