



Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

Questions sociales

## ACTES DE SÉMINAIRE

Kiosque – Séance 3

### Santé et politique de la ville *regards croisés entre chercheurs et élus locaux*

Centre d'analyse stratégique  
en partenariat avec le  
Conseil national des villes



16 décembre 2011

PLUS  
D'INFOS

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

#### Contact Presse :

Jean-Michel Roullé, Responsable  
de la Communication  
[jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr](mailto:jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr)  
Tel : +33 (0) 1 42 75 61 37  
Port. : 06 46 55 38 38

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)



## CONTACTS

### Centre d'analyse stratégique

▶ **Delphine CHAUFFAUT**

Chef du département Questions sociales

[delphine.chauffaut@strategie.gouv.fr](mailto:delphine.chauffaut@strategie.gouv.fr)

Tél. : 01 42 75 60 40

▶ **Noémie HOUARD**

Chargée de mission, département Questions sociales

[noemie.houard@strategie.gouv.fr](mailto:noemie.houard@strategie.gouv.fr)

Tél. : 01 42 75 65 16

▶ **Mathilde REYNAUDI**

Chargée de mission, département Questions sociales

[mathilde.reynaudi@strategie.gouv.fr](mailto:mathilde.reynaudi@strategie.gouv.fr)

Tél. : 01 42 75 62 64

### Conseil national des villes

▶ **Brigitte RAYNAUD**

Secrétaire générale

[brigitte.raynaud@ville.gouv.fr](mailto:brigitte.raynaud@ville.gouv.fr)

Tél. : 01 49 17 45 88

▶ **Christian SOCLET**

Chargé de mission

[christian.soclet@ville.gouv.fr](mailto:christian.soclet@ville.gouv.fr)

Tél. : 01 49 17 47 26

# SOMMAIRE

## Santé et politique de la ville

*regards croisés  
entre chercheurs et élus locaux*

### Introduction

Xavier LEMOINE, maire de Montfermeil, vice-président du Conseil national des villes ....	6
Pierre-François MOURIER, directeur général adjoint, Centre d'analyse stratégique .....	6

### Les inégalités territoriales de santé : état des lieux et voies de progrès

Emmanuel VIGNERON, géographe, professeur des Universités, membre du Haut conseil de la Santé publique .....	9
---	---

### Pour une santé égalitaire et solidaire

André GRIMALDI, diabétologue, professeur des Universités .....	19
--	----

Échanges avec la salle .....	24
------------------------------	----

### La santé dans les quartiers de la politique de la ville : le point de vue des élus

Françoise GAUNET-ESCARRAS, pédiatre, adjointe au maire de Marseille.....	27
--	----

Agathe CAHIERRE, première adjointe au maire du Havre .....	27
--	----

Claude DILAIN, pédiatre, sénateur de Seine-Saint-Denis.....	29
---	----

Échanges avec la salle .....	34
------------------------------	----

### Conclusion

Jean-Luc ROELANDT, Psychiatre, chef de service EPSM Lille Métropole et directeur du Centre pour la recherche et la formation en santé mentale, collaborateur de l'OMS .....	37
---	----



## Introduction

**Xavier LEMOINE**, vice-président, Conseil national des villes

Je vous propose que nous commençons notre après-midi et tiens tout particulièrement à remercier les participants.

Bienvenue à Saint-Denis où sont les bureaux du Conseil national des villes (CNV) qui, en partenariat avec le Centre d'analyse stratégique (CAS), a monté cette rencontre. C'est la troisième initiative que nous avons prise en commun et je remercie l'ensemble des personnels du CAS pour cette coopération qui je crois, va se poursuivre. Je ne connais pas encore l'objet du quatrième kiosque que nous allons coorganiser, mais la formule est constructive puisque les personnes du CNV sont plutôt des profils de terrain, celles du CAS ayant un autre niveau d'analyse ; le croisement de ces deux types d'expérience et de responsabilité a été jusqu'à maintenant, particulièrement fécond, et pour ma part, je m'en réjouis.

Nathalie APÉRÉ est la deuxième vice-présidente du Conseil national des villes, première adjointe au maire de Rennes. Je suis par ailleurs également maire de Montfermeil, un petit village pas très loin d'ici.

**Pierre-François MOURIER**, directeur général adjoint, Centre d'analyse stratégique

Je suis évidemment très heureux d'introduire cette troisième séance du cycle de kiosques sur la politique de la ville que nous organisons, Monsieur le Maire, vous l'avez rappelé, en commun, entre le CAS et le CNV.

Je me réjouis que ce kiosque ait lieu ici à Saint-Denis.

Je tiens à préciser que les séances précédentes, successivement sur la prise en compte des critères ethniques dans l'action publique et sur la participation des habitants, ont suscité un intérêt assez considérable bien au-delà de notre public habituel. Je ne doute pas que celle-ci sera aussi fructueuse que les précédentes.

Aujourd'hui, nous allons consacrer notre après-midi à la santé et plus particulièrement aux inégalités territoriales de santé, extrêmement préoccupantes.

À cet égard, le diagnostic récent posé par l'ONZUS (Observatoire national des zones urbaines sensibles) dans un rapport paru début novembre est assez révélateur. Il montre en particulier que dans les zones urbaines dites sensibles, les adultes sont souvent en moins bonne santé et donc parfois aussi plus limités dans leurs activités du fait d'un problème de santé, que dans d'autres zones.

Je donnerai un seul exemple en ce qui concerne les femmes. Elles sont plus souvent en surpoids que celles résidant hors zones sensibles urbaines : 47 % d'entre elles, contre 35 % dans le reste du territoire, ce qui d'ailleurs est déjà tout à fait significatif.

En vérité, il semble que cette situation puisse être liée, c'est assez intuitif, à un moindre recours aux soins. Les habitants des zones urbaines sensibles consultent en effet moins souvent les médecins, en particulier les spécialistes.

Seuls 52 % d'entre eux, cette année, se sont rendus au moins une fois chez un spécialiste contre 60 % dans le reste du territoire. C'est une différence vraiment significative.

Ce moindre recours aux soins a plusieurs raisons. Il s'explique notamment par des contraintes financières. 23 % des résidents des zones urbaines sensibles déclarent avoir déjà renoncé à des soins pour des raisons financières, contre 17 % dans le reste de la France. 17 % dans le reste de la France, c'est déjà beaucoup, mais 23 % c'est significativement plus.

Un adulte sur six ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire dans ces quartiers dits sensibles, c'est-à-dire le double de ce qui est observé dans le reste de la France.

Une autre raison est la faible densité médicale dans ces zones : elle est inférieure de 47 % à celle de leur agglomération en ce qui concerne les généralistes et de 74 % en ce qui concerne les spécialistes.

Enfin, outre les raisons financières et le problème de répartition des médecins que j'ai évoqués, le moindre recours aux soins peut aussi s'expliquer, je crois, par des barrières socioculturelles diverses et variées. Dans ces conditions, on voit bien qu'il faut à la fois agir sur l'offre et sur la demande de soins.

Quels leviers d'action pouvons-nous mobiliser pour maintenir une densité médicale suffisante ? Comment assurer le recours aux soins des populations les plus précarisées en adéquation avec leurs besoins ?

Ces questions sont d'autant plus difficiles à aborder qu'elles renvoient aux défis posés à notre système de santé tout entier. Ceux-ci sont particulièrement prégnants car ils s'inscrivent dans un contexte budgétaire difficile, voire de plus en plus contraint. Le vieillissement de la population, la hausse sensible depuis des années des cas de maladies chroniques, le creusement des inégalités sociales d'accès aux soins ou encore les incertitudes quant au coût des nouvelles technologies médicales, sont autant de contraintes qui s'ajoutent aux inégalités territoriales croissantes dont nous allons parler aujourd'hui.

Cela dit, il ne faut pas pour autant considérer que tout est sombre. Nous disposons en effet de ressources pour relever ces défis. Je ne doute pas que ce kiosque permettra d'identifier des pistes de solution en croisant, comme l'a dit monsieur le Maire de Montfermeil, le point de vue des élus locaux et des chercheurs qui nous font la gentillesse et l'honneur d'être parmi nous.

Dans un premier temps, le professeur Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas nous présenteront leur ouvrage<sup>1</sup> *Les inégalités de santé dans les territoires français*, qui a été publié en mars de cette année et dans lequel ils dressent un état des lieux très documenté des inégalités territoriales de santé en France.

Dans un second temps, le professeur André Grimaldi présentera *Le manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*<sup>2</sup>, publié en septembre, qui décrit les difficultés du système de santé français en abordant notamment l'importante question de la démographie médicale, mais aussi la situation de l'hôpital public ou encore les dépassements d'honoraires en médecine de ville.

<sup>1</sup> Vigneron E. et Haas S. (2011), *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, éditions Elsevier Masson, Paris : mars.

<sup>2</sup> Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire. *123 personnalités s'engagent* (2011), éditions Odile Jacob, septembre.

Je tiens à souligner que cet appel a été rédigé par cinq éminents professeurs de médecine et experts en politique de santé et qu'il a été cosigné par un peu plus de 120 personnalités du monde médical et de la société civile.

Il nous a semblé, à nous et au Conseil national des villes, important de présenter ces travaux, d'abord parce qu'ils nous paraissent très riches, mais aussi parce qu'au-delà du diagnostic posé, ils proposent des solutions pour remédier aux difficultés repérées.

Enfin, dans un troisième temps, pour élargir le débat et conclure la journée, nous laisserons naturellement, comme de tradition dans ces kiosques, la parole aux élus qui mettront l'accent sur les problèmes et les réponses qu'ils apportent au quotidien sur le terrain. Un échange entre théorie et pratique, c'est précisément l'esprit de ces kiosques organisés avec le CNV.

Je terminerai rapidement par remercier l'ensemble des intervenants qui ont accepté de répondre à notre invitation conjointe et partager leur expertise, des intervenants dont la variété fera, je l'espère, la richesse de ce séminaire :

- Emmanuel Vigneron, Sandrine Haas et André Grimaldi qui présenteront leurs recherches.
- Nathalie Appéré, retenue à Rennes, première adjointe au maire de Rennes ; Xavier Lemoine, maire de Montfermeil et vice-président du CNV ; Agathe Cahierre, première adjointe au maire du Havre et ancienne vice-présidente du CNV ; Claude Dilain, pédiatre et sénateur de Seine-Saint-Denis ; Françoise Gaunet-Escarras, pédiatre et adjointe au maire de Marseille ;
- sans oublier le département Questions sociales du CAS, Sylvain Lemoine, Noémie Houard et Mathilde Reynaudi.

Je tiens aussi à remercier très chaleureusement les membres de l'équipe du CNV qui sont à l'origine de ce partenariat avec le Centre d'analyse stratégique, Christian Soclet, Jean-Luc Roelandt qui conclura nos travaux et Brigitte Raynaud qui ne peut être parmi nous aujourd'hui, mais qui, depuis le début, il y a un peu plus d'un an maintenant, a toujours été un élément moteur de ce cycle de kiosques sur la politique de la ville.





## *Les inégalités territoriales de santé : état des lieux et voies de progrès*

*Animation : Sylvain LEMOINE, chef du département Questions sociales, Centre d'analyse stratégique*

### Sylvain LEMOINE

Juste un mot avant d'entrer dans le vif du sujet avec l'intervention d'Emmanuel Vigneron qui va se fonder sur l'ouvrage « *Les inégalités de santé dans les territoires français* » auquel a collaboré également Sandrine Haas, économiste de la santé, qui prendra peut-être aussi la parole.

Cet ouvrage est absolument remarquable. Ils ne le diront peut-être pas par modestie, mais je tiens à le dire. Nous qui avons l'habitude de lire beaucoup de documentation et de rapports, constatons que cet ouvrage est exceptionnel parce qu'il croise des données qui ne sont pas inédites mais qu'il traite de manière relativement originale ; c'est un ouvrage qui mêle des statistiques, des chiffres avec un réel effort de pédagogie, avec des cartes tout à fait originales et je vous invite vraiment, chaleureusement, à en prendre connaissance au-delà de la présentation qui vous en sera faite aujourd'hui.

Je précise également que cette collaboration entre Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas ne s'arrête pas à cet ouvrage. Ils ont coopéré pour de nombreux travaux, privilégiant une approche territoriale de ces questions de santé.

### Emmanuel VIGNERON

Permettez moi, Monsieur Mourier, de rebondir d'emblée sur vos propos. Vous avez, heureusement, et utilement cité le rapport ONZUS 2011 qui est sorti, il y a quelques jours en novembre. Cet excellent rapport cite des travaux éminents réalisés par des personnes qui, au fil des ans, montrent clairement l'ampleur du problème. La qualité des travaux de la partie santé, est à mes yeux, tout à fait probante. Elle repose sur une analyse statistique qui est d'un grand intérêt.

Ceci confirme qu'on est aujourd'hui assez bien documenté pour mesurer pleinement l'ampleur, la réalité des inégalités de santé à des échelles fines au sein des villes, mais aussi entre les différentes parties de notre pays ou de notre pays vis-à-vis d'autres pays européens.

Ce dont je vais vous parler n'est pas seulement le fruit de mes travaux mais découle aussi des recherches d'autres personnes que je veux citer rapidement. Le rapport de l'ONZUS a intégré les travaux de Pierre Chauvin<sup>3</sup> de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ou de Véronique Lucas-Gabrielli<sup>4</sup> à l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) avec qui j'entretiens des relations de camaraderie intellectuelle de très longue date et avec lesquels j'ai beaucoup publié. Je veux citer également Gérard Salem<sup>5</sup> qui est professeur à Nanterre ; il a publié des atlas tout à fait convaincants de la santé en France qui rejoignent mes propres travaux sur les inégalités territoriales et la géographie de la santé.

<sup>3</sup> Directeur de recherche à l'INSERM.

<sup>4</sup> Maître de recherche à l'IRDES.

<sup>5</sup> Professeur à l'université Paris-Ouest Nanterre la Défense.

D'autres études sont aussi intéressantes et utiles, que vous n'avez pas citées Monsieur Mourier, sans doute du fait de la modestie habituelle des services de l'État qui évitent de s'auto-citer. Je me permets donc de signaler les deux *Notes d'analyse* du CAS : la Note n°254 sur les coopérations entre professionnels de santé les transferts de compétence et la Note n°255 sur la télésanté<sup>6</sup>. On peut aussi citer le séminaire de 2010 sur le chiffrage des dépenses de santé et la *Note de Veille* n°125 de mars 2009 qui analyse les relations entre l'environnement et la santé humaine en France : « Quels défis pour l'action publique et le système de santé ? ». Je crois qu'il y a aussi dans le programme de travail à venir d'autres événements prévus sur la santé.

Ce à quoi je vous convie maintenant, ce n'est pas tant à la présentation de l'ouvrage<sup>7</sup> qu'à pouvoir échanger librement. Je ne ferai pas le résumé de ce livre auquel je tenais tout particulièrement. Celui-ci dresse non seulement un état des lieux, mais présente aussi et surtout la particularité de s'être enrichi d'une journée de réflexion qui a réuni une centaine de personnes, des sénateurs, des députés, des maires, dont Françoise Gaunet-Escarras et d'autres ici présents, qui ont cherché à faire des propositions. Il y a ainsi des propositions pour les actions nationales, pour les actions régionales, pour les actions locales.

Ce livre est presque entièrement construit à partir de l'exploitation de données inédites et parfois très anciennes. Ainsi, vous verrez des cartes de la situation de 1816 ou 1820 que j'ai bâties à partir des travaux de Louis-René Villermé, le père de l'analyse de la mortalité par classes sociales, qui n'avait jamais fait de carte. C'est à partir des tableaux de nombres des annales de l'Académie de médecine que j'ai tiré ces cartes. Mais il y a aussi beaucoup d'autres cartes et autres données récentes que je ne pourrais pas toutes vous décrire.

Je voudrais simplement, montrer l'ampleur de la situation, du problème des inégalités territoriales de santé, en 2009-2010. Pour cela, je commenterai quelques cartes qui, partant de données très générales, présentent ensuite la France plus en détail.

Une première carte présente un historique de la mortalité prématurée<sup>8</sup>.

La mortalité prématurée, je le précise, est celle avant soixante-cinq ans. Elle a été définie comme cela dans les années 1970 par l'OCDE. Cette définition n'a pas évolué, même si aujourd'hui, on peut considérer que la mortalité prématurée, c'est plutôt avant soixante-quinze ans. On n'a pas remis en question cette définition, intéressante pour établir des comparaisons internationales et historiques.

On observe une réduction continue de la mortalité prématurée en France. La mortalité prématurée en valeur absolue a été réduite de 20 % sur les quinze dernières années. On peut se targuer, non sans raison, que grâce à un effort de la nation en faveur de la santé, on a fait des progrès qui ont répondu aux aspirations transmises par l'école républicaine.

Mais qu'en est-il si l'on observe, non plus des moyennes mais plutôt des écarts-types, c'est-à-dire la variété des valeurs ? On ne peut pas se satisfaire de ce que comparée à d'autres pays d'Europe, des années 1990 à aujourd'hui, la mortalité prématurée en France est comparable à celle du Portugal.

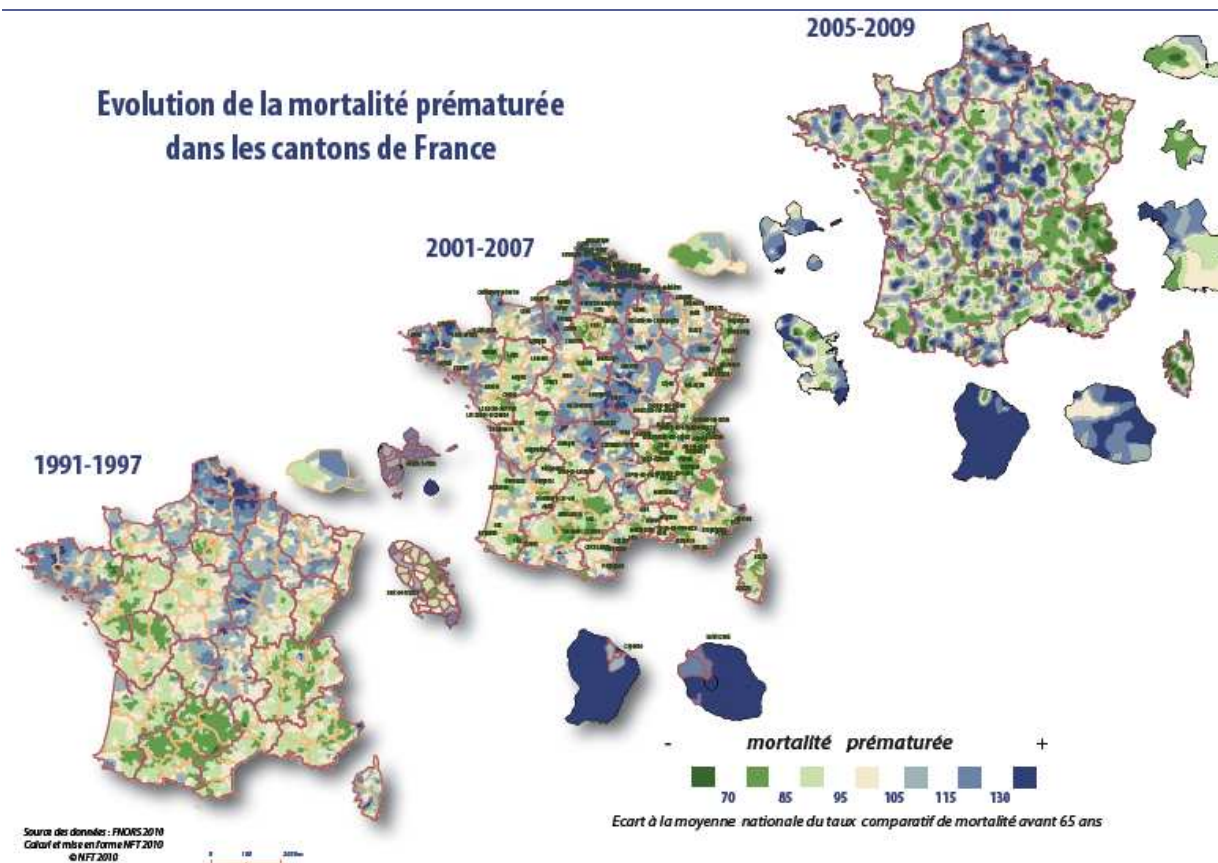
---

<sup>6</sup> À consulter sur [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr).

<sup>7</sup> Vigneron et Haas, *op cit*.

<sup>8</sup> En bas à gauche, situation.91-97. En haut à droite, la situation moyenne des années les plus récentes, telle qu'on peut la tracer pour la mortalité prématurée dans les cantons de France.

carte 1 - Mortalité dans les cantons



Source : Vigneron E. et Haas S. (2011), op. cit.

À l'échelle des cantons, quels sont les constats<sup>9</sup> ? Sur ces cartes, les régions qui apparaissent en vert, sont celles où la mortalité prématurée par rapport à la moyenne est la plus faible ; en bleu, là où elle est plus forte. On a en bleu foncé, une mortalité prématurée dont on peut dire, qu'elle est dans tel canton, de plus de 30 % supérieure à la moyenne nationale et à l'inverse, le plus vert foncé correspond à une mortalité prématurée de 30 % inférieure à la moyenne nationale.

J'ai beaucoup décrit la situation avec d'autres auteurs comme Gérard Salem<sup>10</sup>. En 1999, avec François Tonnelier<sup>11</sup>, dans *La géographie de la santé en France*, paru en collection Que sais-je, nous parlions du U et du T. Il y avait le T de la surmortalité qui partait de la Bretagne pour aller à la Lorraine en contournant Paris par le Nord et puis, une fourche du T qui s'enfonçait dans la diagonale du vide de la Lorraine à l'Ariège. Elle s'interrompait au Sud, et l'on attribuait cela au cassoulet et à ses vertus protectrices. André Grimaldi pourra redire un mot tout à l'heure, de la graisse de canard. Le U de la bonne santé parcourt les régions méditerranéennes puis les régions alpines et puis tout le doux Centre-Ouest, la douceur angevine : Montesquieu, Montaigne, toute personne qui est passée par là peut expliquer cela.

En fait, on avait des régions entières en bonne santé. Mais, dans la décennie 2000, cette réalité se fragmente. Des régions qui étaient en mauvaise santé, relativement à la moyenne

<sup>9</sup> Si l'on observe les écarts au sein du pays, comme le figurent ces cartes.

<sup>10</sup> Professeur, université Paris-Ouest Nanterre la Défense.

<sup>11</sup> Directeur de recherches honoraire à l'IRDES.

nationale, le deviennent encore plus : elles s'en sortent néanmoins, puisque globalement tout le monde progresse un peu. Cependant, certaines régions ne progressent pas du tout.

Déjà en mauvaise santé, elles ont tendance à le devenir encore plus. Tel est le cas de la Bourgogne et du Morvan. Le Morvan central qui est connu pour être une zone d'assez mauvaise santé, déborde de la Nièvre sur le Loiret, et s'étale dans l'Allier méridional.

Dans le sud de la France, la réalité se fragmente aussi : dans la région Midi-Pyrénées, la plus grande région de France, les questions d'éloignement ont une certaine importance : la situation de l'Ariège qui était bonne, relativement à la moyenne dans les années 1990, s'est progressivement dégradée au fur et à mesure des années.

On traduit cela d'un mot : une fragmentation territoriale est à l'œuvre. Celle-ci est conséquente et atteint toutes les régions. Généralement, elle atteint des marges régionales par rapport au centre. Elle traduit le fait que l'égalité ne paraît plus être vraiment un objectif, un horizon partagé par tous. Nous décrivons le résultat avec Sandrine Haas dans un des cahiers centraux de *La gazette des communes* paru en 2010 et dédié à « la France des fragilités et des dynamismes territoriaux ».

Cela concerne beaucoup le Midi méditerranéen français. Le Languedoc-Roussillon était une région décrite comme étant de longue date en bonne santé. On a maintenant dans les arrière-pays, une fragmentation par rapport à la moyenne nationale qui se repère progressivement dans la Lozère, et dans les arrière-pays comme le Larzac, ou encore au nord de l'Hérault ou dans la montagne noire du nord-ouest de l'Hérault.

Même en zone littorale, la situation de villes comme Béziers, Narbonne, Perpignan, voire même Carcassonne, s'est dégradée. Toutes sont reléguées aujourd'hui, dans la périphérie de la métropole montpelliéraine.

On pourrait retrouver cela dans toutes les régions notamment au nord de la Haute-Normandie qui se dégrade également au fil des ans de Dieppe à Fécamp et dans toute cette zone, le pays de Caux notamment.

Partout en France, la situation relative se dégrade. La situation moyenne collective s'améliore, mais comme si on était sur la fin d'une courbe logistique. Cela va moins vite que cela n'a pu aller. Derrière ces questions de santé, c'est la question de la cohésion nationale qui est posée.

La position relative par rapport à la moyenne des 61 % des 4 050 cantons français s'est dégradée entre le début des années 1990 et la fin des années 2000.

Les descriptions de cette géographie des fragilités et des dynamismes territoriaux montrent la constitution de zones qui sont véritablement en marge non seulement sur le plan de l'activité économique, mais plus gravement encore, en marge des circuits monétaires. Si l'on traçait l'intensité de la circulation monétaire – on pourrait le faire, dans les territoires – on verrait bien qu'il y a des endroits qui se démonétisent, ce qui est tout à fait grave parce que la monnaie, le partage d'une monnaie, c'est aussi la manifestation de l'appartenance à une nation. Quand on n'a plus de monnaie, on se met à échanger des « trucs » et cela se fait beaucoup dans les campagnes françaises ou dans des banlieues françaises et ce n'est pas toujours de la drogue, c'est aussi un poulet, des services, etc.

Cette France tranche nettement avec celle qu'on sait, privilégiée au cœur des beaux quartiers de Lyon, de Marseille, de Paris ou des Yvelines, même si, au sein de ces zones la situation peut être différente.

Plutôt que de se lamenter, mieux vaut prendre la mesure et comprendre cette fragmentation. Cette carte traduit au fond les effets inégaux de l'action publique. Elle nous montre de curieuses dispositions en auréoles dans les régions, mais aussi dans les départements.

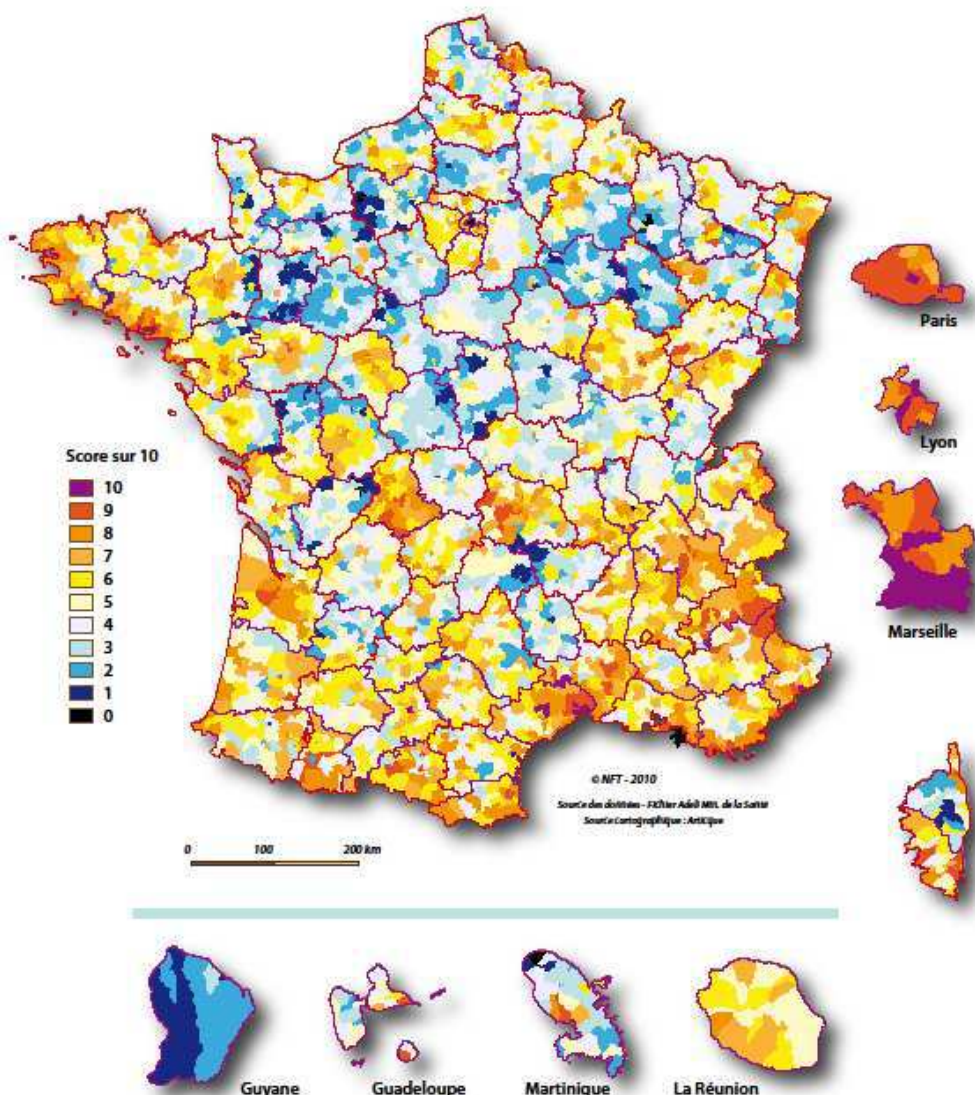
Au milieu de la carte, le département du Puy de Dôme concentre un petit peu toutes les couleurs. Dans le Massif Central : Clermont-Ferrand est bien au centre comme souvent pour les préfectures ; quelques quartiers défavorisés y sont concentrés à proximité des villes de l'Ouest : Chamalières, Clermont, en auréoles comme en relégation aux marges de la ville, du développement économique, du dynamisme et de la bonne santé...

On a donc un devoir d'irrigation des territoires, un devoir d'offre, de projection d'une offre qui s'est beaucoup « métropolisée ». Ce devoir important fait écho aux préoccupations de la politique de la ville, je l'espère.



## Les professions de santé dans les cantons de France

### Métropoles médicales et déserts médicaux

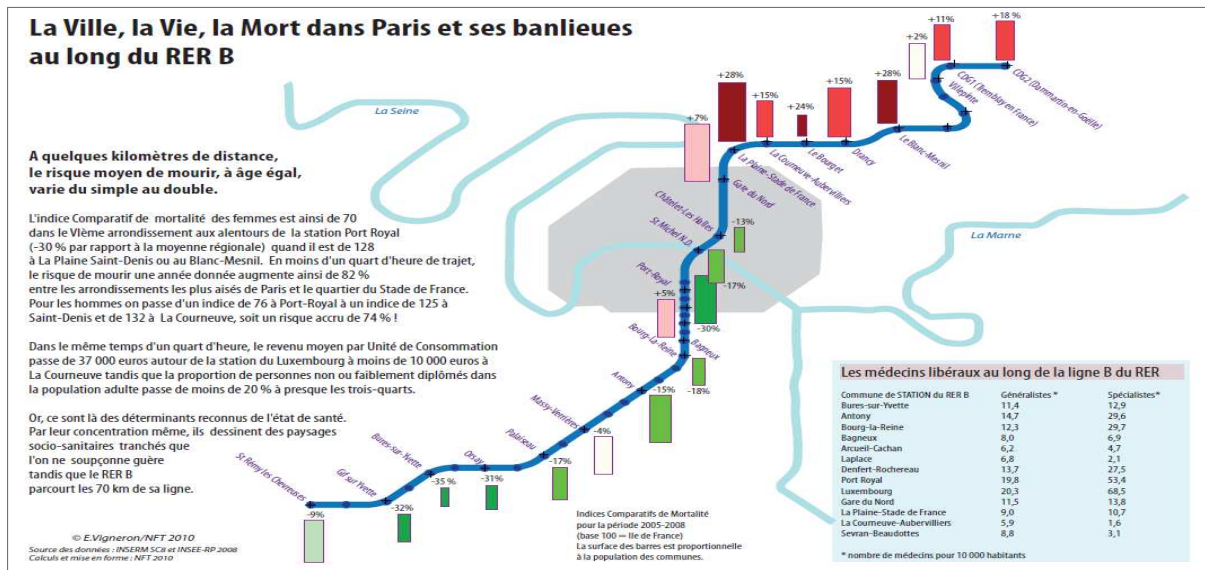


Toute note est discutable. Elle l'est déjà beaucoup moins si l'on explicite ses critères de notation :

- Les effectifs de professionnels de santé présents dans un canton ont, bien sûr, été rapportés à la population.
- S'agissant des médecins spécialistes, aussi bien libéraux que salariés, il est naturel qu'ils ne soient pas présents dans tous les cantons. La note du canton est donc ici celle du Territoire de Santé auquel il appartient. Compte tenu de leur importance dans la médecine moderne, on les a notés sur 30. Les médecins généralistes libéraux sont le véritable pivot du système de soins. Ils prescrivent en outre des soins auprès des autres professionnels de santé. On les a notés sur 20. Compte tenu de la moins grande fréquence de leur consultation, pour les chirurgiens-dentistes, ou de leur subordination aux prescriptions médicales, pour les infirmiers libéraux ou les masseurs-kinésithérapeutes, on a noté ces professionnels sur 10. Enfin même si leur utilisation est libre mais du fait de leur importance, notamment pour les personnes âgées, on a intégré au score d'ensemble les pédicures-podologues en les notant sur 10. La note totale est donc obtenue sur 90. Elle est donnée ici en moyenne sur 10.

Source : Vigneron E. et Haas S. (2011), op. cit.

carte 3 - Vie et mort en Île de France



Source : Vigneron E. et Haas S. (2011), op. cit.

Je partage l'idée que la médecine et le soin ne sont pas tout dans la santé ; néanmoins ils n'y sont pas pour rien. On constate qu'entre Saint Denis et le centre de Paris, soit à quelques stations de RER, quelques dizaines de minutes, le taux de mortalité varie fortement du simple au double, à âge et sexe égal. Or ces écarts peuvent être corrélés à la présence de médecins, ou à la proximité d'un établissement hospitalier. Notre présence ici, aux âges qui sont les nôtres, en est la manifestation la plus tangible : il y a deux siècles de cela, la moitié d'entre nous serions déjà morts à l'âge que nous avons, y compris les jeunes.

En réponse à ces situations, l'État tente un zonage de ces territoires en difficulté et consent à des efforts particuliers pour y remédier. C'est ce à quoi s'emploie le comité interministériel des villes.

Beaucoup de réponses sont apportées. Des millions de choses en matière de santé sont heureusement très bien faites et on ne peut pas faire injure au million cinq cent mille personnes, hommes et femmes qui travaillent dans la santé, de ne pas faire leur travail avec cœur. Bien sûr que non. La France est peuplée de gens qui cherchent à faire bien les choses. C'est l'idéal républicain partagé dans lequel nous avons tous été élevés. Néanmoins, on n'est pas là pour se croire dans le monde des "bisounours", à ne voir que ce qui est bien dans notre pays. Il faut reconnaître que nos réponses ne sont pas bonnes ou du moins pas suffisantes.

La chirurgie de la cataracte est un exemple patent. Développée il y a vingt ans, elle est extrêmement bien codifiée, très peu coûteuse et d'un gain absolu. Les besoins de chirurgie de la cataracte sont bien les mêmes pour une personne âgée<sup>12</sup> de Lozère, de Montpellier, du centre ouest de la Bretagne ou de Roscoff mais on constate une variation tout à fait injustifiée des taux de chirurgie de la cataracte – standardisée sur l'âge et le sexe – en fonction non pas de là où l'opération a eu lieu, mais du lieu où vivent les personnes. L'inégalité est absolument criante.

<sup>12</sup> Plutôt de sexe féminin car les veuves sont plus nombreuses que les veufs.

Il peut y avoir mille raisons à ces variations, mais de bonnes raisons, il n'y en a pas forcément. Et ce qui est vrai pour la cataracte l'est aussi pour d'autres actes.

Avec les endoscopies digestives, on est dans l'outrance absolue. Un million cinq cent mille endoscopies digestives sont pratiquées en France chaque année, mais certains patients le font sans arrêt et d'autres ne le font jamais. Or, puisqu'on parlait de personnes âgées, se faire intuber trois fois dans l'année n'est pas une partie de plaisir et est-ce vraiment utile ? Mieux vaudrait s'attarder aux sous-indications plutôt qu'aux sur-indications car, que savons-nous de la pertinence des endoscopies digestives, si ce n'est qu'elle devrait s'évaluer au regard des populations sujettes à des pathologies digestives particulièrement fréquentes ? On a une idée des pathologies digestives, en fonction de la cancérologie digestive. Or, les cartes du cancer digestif qu'ont publiées Gérard Salem, Stéphane Rican et Zoé Vaillant<sup>13</sup> traduisent une géographie inverse.

On a bien là un sujet de réorientation nécessaire, en tout cas d'intérêt commun, qui doit nous faire admettre que les choses ne se font pas nécessairement là où elles pourraient ou devraient se faire. Il n'y a pas à désigner des coupables ni à vouer aux gémonies d'éventuels responsables, mais à prendre en compte une réalité qui est celle d'une société qui a évolué et qui, sur certains sujets, dérape parfois et exige certainement des réformes. Il n'y a nulle raison pour que les citadins du Grand Toulouse, excepté ceux des quartiers difficiles, aient accès peut-être de manière exagérée à l'endoscopie digestive, lorsque ceux de la Lozère, du Lot ou du Sud de l'Aveyron, ont un accès très limité à ces techniques dont l'intérêt n'est pas remis en question.

Une autre carte, porte sur la chirurgie de la prostate en distinguant celle par voie haute de la chirurgie et celle par voie endoscopique. On opère par voie endoscopique quand la tumeur a été repérée plus précocement et qu'on peut l'extraire. Quand elle est trop grosse, l'endoscope ne convient plus et donc, seule la chirurgie à « ciel ouvert » s'impose. On sait que cette pratique est beaucoup plus traumatisante pour les suites.

Il n'y a pourtant aucune raison de penser qu'une personne âgée de la Creuse, de la Corrèze ou d'ailleurs nécessite de subir cette intervention. D'autant que, si on compare ces cartes des interventions avec celles de la mortalité par cancer de la prostate, on s'aperçoit qu'elles se superposent en raison des effets bénéfiques du dépistage plus ou moins précoce.

Pour ne pas s'intéresser qu'à Paris, je vous propose d'étudier maintenant une autre région qui était relativement favorisée, les pays de la Loire. On pense à la douceur angevine contée par Ronsard et à ce que disait La Fontaine de la Loire : « *Un pays favorisé des cieux* ».

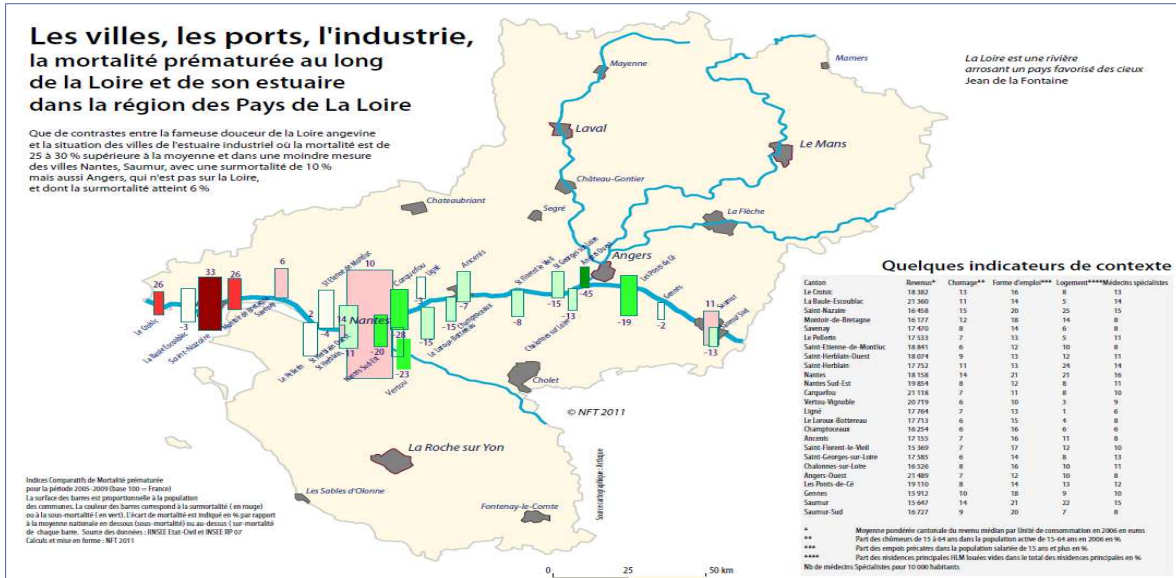
En réalité, on a aujourd'hui le long de la Loire, une situation très tranchée entre ces zones du cours moyen de la Loire, d'Orléans jusqu'à Ancenis où la qualité de vie est vraiment bonne et ce qu'elle est à Nantes qui est non seulement la métropole moderne d'aujourd'hui, mais qui est aussi une grande ville industrielle et portuaire où la situation s'est dégradée. Mais, que dire de cette zone industrialo-portuaire de Saint-Nazaire, qui peut rappeler la situation des zones du littoral dans le Nord-Pas-de-Calais où la mortalité est de 20 à 30 % supérieure à la moyenne ?

---

<sup>13</sup> Maître de conférences, université Paris-Ouest Nanterre la Défense.



carte 4 - La mortalité prématurée, Pays de la Loire



Source : Vigneron E. et Haas S. (2011), op. cit.

Ces quelques cartes expriment la réalité du problème, nous permettent de discuter car elles ont une vertu d'interpellation, de questionnement des grands élus. Les graphiques du RER ont beaucoup plu à de nombreux élus, ministres. Ce sont des documents assez simples à comprendre. Il faut énormément publier, observer, continuer à montrer ce genre de documents pour qu'on prenne bien la mesure de la réalité et la localisation exacte des problèmes. Ils apportent déjà une part d'enseignement quant aux moyens à mettre en œuvre pour les corriger. J'ai également parlé des auroles départementales, ces zones de surmortalité lorsqu'on est loin du centre.

Outre cette vertu d'interpellation, l'ouvrage évoqué ici rassemble la contribution précieuse d'une centaine de personnes qui ont abordé des aspects politiques divers. Sur la base de travaux scientifiques, une discussion nous a conduits à bâtir une série de trente recommandations. Françoise Gaunet-Escarras, adjointe au maire de Marseille, a participé à ce groupe comme beaucoup d'autres élus *primus inter pares* : elle pourra naturellement revenir sur la démarche et sur les propositions : personne d'entre nous n'est dupe de ce que sont les recommandations des rapports publics ou parapublics. Mais, peu importe. S'il ne faut pas s'imaginer être capable de révolutionner le monde, les choses ne s'effacent pas, les archives publiques sont entretenues, les rapports et leurs résultats ne sont pas perdus. Ainsi, à témoin, le fait de ressusciter aujourd'hui des travaux de Villermé de 1820 ou de Bertillon de 1875. Cela a son utilité : les choses ne s'oublient pas et chaque fois qu'on publie, qu'on dessine une carte, qu'on la montre, qu'on en parle, c'est ainsi que le disait Jean Giono, comme si on semait une graine.



## *Pour une santé égalitaire et solidaire*

*Animation : Christian Soclet, chargé de mission, conseil national des Villes*

Le professeur Grimaldi, chef de service de Diabétologie à l'hôpital de La Pitié Salpêtrière et animateur d'un regroupement de professionnels de santé, d'artistes, de sportifs et de citoyens, tous attachés à la promotion d'une nouvelle politique de santé, va compléter ce panorama dressé par le professeur Vigneron, tant de la situation générale que des micro-réalités territoriales, avant de passer au débat.

À ce titre, le professeur Grimaldi est aussi un des auteurs et premier signataire d'un manifeste – qui n'est pas celui du CNV inclu dans les dossiers remis aux participants mais sans doute l'un et l'autre peuvent se rejoindre – *Pour une santé égalitaire et solidaire*, publié en septembre 2011, qui se réfère au fondement d'une des grandes lois sociales de l'après-guerre, la Sécurité sociale.

Ce texte souligne notamment que notre système de santé est à la croisée des chemins parce qu'il doit affronter actuellement plusieurs crises : économique, sanitaire, professionnelle. Il affirme qu'une autre politique est possible, assise sur la base de six principes pour la guider : la solidarité, l'égalité, la prévention, la qualité des soins, l'éthique médicale et enfin, la démocratie sanitaire. Autant de principes qui parlent aux professionnels de la politique de la ville et aux intervenants qui débattront aujourd'hui dans un troisième temps.

Avant de vous céder la parole, je tenais à souligner votre intention d'inscrire précisément vos propositions dans un vaste débat public, j'oserais dire démocratique. Ce faisant, vous nous incitez à compléter ou à réviser, c'est-à-dire à améliorer, vos propositions en fonction des observations qui sont faites : celles notamment que nous proposons ici avec l'observatoire national de l'ONZUS et dont le professeur Vigneron parlait tout à l'heure mais aussi les savoirs expérientiels des praticiens et élus dans ces territoires de la politique de la ville.

### **André GRIMALDI**

Merci de votre invitation à m'exprimer dans ce contexte. Tout d'abord, je vais expliquer quelle a été notre démarche car, pour ma part, je me suis réveillé fort tard sur ces questions abordées aujourd'hui.

Professeur au CHU de la Salpêtrière j'ai été embarqué dans les progrès de la médecine et la nécessaire adaptation de nos pratiques et de nos structures de soins. Je pourrais parler de l'évolution de ma spécialité qui est le diabète, maladie chronique souvent prise comme modèle. Mais, pour les deux cosignataires du manifeste, Olivier Lyon-Caen, neurologue et François Bourdillon, médecin de santé publique, et moi-même, un sursaut s'est imposé car nous avons été frappés par les points suivants :

- ✓ Conséquence d'une politique entêtée qui a fait consensus national pendant vingt-cinq ans, nous nous sommes retrouvés un jour avec un manque d'internes dans les CHU au point que ce manque allait jusqu'à dégrader leur formation.
- ✓ On nous a dit que nous n'avions plus à gérer les équipes médicales et paramédicales, et qu'il fallait revoir cette notion d'équipe et arrêter cette sacralisation des services. Il fallait supprimer tout cela (unités, services, départements) car désormais, ce qui constituait l'unité

de base des hôpitaux, c'étaient les structures de gestion – les pôles – et non les structures de soins.

✓ Enfin, on nous a expliqué qu'il fallait revoir complètement le mode de financement des hôpitaux pour y introduire ce qui était très critiqué en ville, le paiement à l'acte ou à l'activité, la fameuse T2A (tarification à l'activité)<sup>14</sup>. La nouvelle faisait le bonheur d'un certain nombre de nos collègues, poseurs de *pacemaker*, de *stent* coronarien ou de prothèse de hanche, mais nous étions sidérés d'apprendre que nous ne devions plus limiter les dépenses et traquer les actes et les hospitalisations inutiles mais au contraire « pousser à l'activité », « améliorer la productivité » et « gagner des parts de marché » et surtout devenir des pros du codage malin qui permettrait d'augmenter la facture envoyée à la Sécurité sociale.

Ce budget global, si décrié, nous avait pourtant permis de développer l'éducation thérapeutique à l'hôpital public. Certes, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) – parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009 – comportait un petit chapitre, d'ailleurs excellent, sur l'éducation thérapeutique, mais elle ne disait rien de son financement<sup>15</sup>. Alors même que l'éducation thérapeutique représente le modèle de prise en charge de la maladie chronique dont tout le monde dit que c'est le grand sujet des années à venir.

L'éducation thérapeutique s'est développée à l'hôpital et pendant des années, à l'hôpital seulement, pour deux raisons : il y avait d'une part les équipes médicales et paramédicales qui n'existaient pas en ville et d'autre part, un budget global qui, après discussion avec le directeur, nous donnait une grande liberté d'innovation. La loi de 2009 consacrait l'éducation thérapeutique que la T2A menaçait.

Face à tout cela, un mouvement tardif de l'ensemble des personnels hospitaliers a montré l'opposition de la majorité de la communauté hospitalière à l'évolution vers « l'hôpital-entreprise ». De là est née l'idée de nous occuper un peu, avec des collègues, des problèmes de l'avenir de notre système de santé sans laisser le monopole de la réflexion aux nouveaux managers. D'où la collaboration à ce manifeste *Pour une santé égalitaire et solidaire*, de Didier Tabuteau, professeur responsable de la chaire santé de Sciences Po et qui n'est pas médecin, de Frédéric Pierru qui est sociologue et non médecin, de François Bourdillon qui, lui, est médecin de santé publique et de deux cliniciens spécialistes de maladies chroniques. Au fond, cela traduit la faiblesse française d'une discipline médicale qui aurait dû être le moteur d'une grande réforme : celle de la santé publique. Elle n'a pas joué son rôle malgré des personnalités brillantes comme le professeur Joël Menard.

Si l'on réfléchit, de manière très rapide, aux grands modèles scientifiques historiques de la médecine, il s'en dégage trois qui ne s'effacent pas mais se superposent. J'ai pratiquement connu les trois.

Le modèle anatomoclinique qui avait été pensé et porté par une discipline : l'anatomie. La France a alors occupé une place dominante dans le monde avec tous les grands noms de la médecine, Charcot pour la Salpêtrière. Ce modèle se prolonge aujourd'hui dans l'imagerie médicale.

Nous avons pris un grand retard lors de l'émergence du second modèle, le modèle biologique, qui a été porté par des disciplines comme la néphrologie, avec les élèves de Jean Hamburger et de Paul Milliez, l'hématologie avec les élèves de Jean Bernard, les

<sup>14</sup> Élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière ».

<sup>15</sup> <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

biologistes, des jeunes gens de l'époque comme Jean Dausset qui deviendra prix Nobel et Marcel Legrain. Ils trouvent un grand mandarin de l'époque, Robert Debré, pour penser et faire la grande révolution des CHU qui permet à la France de rattraper son retard et de se placer dans les premiers rangs en génétique.

Le troisième modèle a commencé depuis un certain temps. Quelle est la discipline qui devrait le porter ? Et bien, c'est la santé publique. Or, ce n'est pas elle qui a pensé la réforme, mais plutôt des technocrates et différents lobbies. On a ainsi abouti à cette loi qui s'appelait d'ailleurs PST (Patients, Santé, Territoires) et qui est devenue sur le tard HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Nous avons demandé qu'on supprime le H et qu'on en fasse une loi PST, en créant les Agences Régionale de Santé (ARS) et qu'on révisé complètement le volet hospitalier. Cela, hélas, n'a pas été fait, le président voulant « Un patron et un seul à l'hôpital : le directeur ». Depuis, on ne cesse de rafistoler cette mauvaise loi.

À cet égard, l'apport du professeur Vigneron est intéressant :

*« Comment se fait-il qu'on ait eu le meilleur système de santé, en moyenne, dans les années 2000, selon l'OMS, et que tout le monde parle aujourd'hui de la crise du système de santé et prévoit son aggravation »?*

Je crois fondamentalement que le compromis historique sur lequel a été fondé notre système ne tient plus. Il s'agit d'un compromis original entre d'une part, l'idée de la solidarité et de l'égalité portée par le programme du Conseil national de la résistance et qui s'est prolongé dans le mouvement de création des CHU en 1958 et d'autre part, les principes de la médecine libérale. Ce système coûteux mais efficace a donné satisfaction à peu près à tout le monde pendant les Trente Glorieuses. Il est maintenant, totalement dépassé au niveau financier et en raison de l'évolution des besoins de santé de la population.

✓ Le paiement à l'acte est inadapté à la prise en charge des pathologies chroniques. C'est par ce biais-là que je suis entré dans le sujet : la prise en charge du diabète. À quoi cela sert-il que les médecins généralistes voient un diabétique en moyenne neuf fois par an, quand il y a des patients qu'il faut voir tous les mois et d'autres qu'il suffit de voir une fois par an ? À quoi cela sert-il de faire des actes que devraient faire des infirmières et qu'elles font dans des centres hospitaliers ? Depuis longtemps dans mon service, il y a quatre infirmières cliniciennes, qui suivent des patients avec nous. Pourquoi n'est-ce pas possible ailleurs ?

✓ Il est inadapté au vieillissement de la population. Quand vous avez plus de quatre-vingt ans aujourd'hui en France, la médecine libérale ne peut pas répondre. La seule réponse, c'est l'hôpital. Vous avez un problème social, un problème médical, c'est l'hôpital. Donc, on ne répond pas au grand vieillissement, au-delà de quatre-vingt ans. On ne répond pas non plus aux urgences. Cela fait la une des journaux. Le système est incapable de répondre aux problèmes des urgences où, en dix ans, le nombre de passages à l'Hôpital est monté de 8 à 16 millions.

✓ Enfin, il ne répond pas à des problèmes de santé publique et notamment, de prévention et de sécurité sanitaire comme on l'a vu lors de l'incroyable gestion de l'épidémie de grippe H1N1 et comme on vient de le voir à nouveau avec l'affaire frauduleuse du Médiateur.

Donc, au stade de développement où nous sommes, le système ne permet plus d'aller de l'avant. Comme le professeur Vigneron l'a dit, ce n'est pas le cas pour le moment, *en moyenne*, mais on régresse au regard des inégalités qui s'aggravent de plus en plus.

Cela nous amène à susciter un débat public. L'occasion a été ratée au cours de l'élaboration de la loi HPST. C'était indigent, on en a presque eu honte. Le processus d'élaboration gouvernementale de la loi HPST a été hallucinant, cela donne du fonctionnement de l'État une vision effarante pour un professionnel. En résumé, pour les Français, la question aurait été qui doit avoir le pouvoir à l'hôpital, les directeurs ou les médecins ? Voir le problème en ces termes, c'est quelque chose d'incompréhensible pour la population. Les vraies questions sont : le pouvoir, pour quoi faire ? Combien ça coûte et qui va payer ?

Quand nous disions, parlons financement, on nous répondait : « *non, ça, c'est en septembre ! c'est le PLFSS* »<sup>16</sup>. Quand nous souhaitions parler d'organisation des soins, on nous disait : « *non, ce n'est pas le sujet, on ne parle que de gouvernance* ».

La toile de fond des inégalités c'est tout de même ce qu'on appelle maintenant la pénurie médicale alors que le nombre de médecins est plus élevé qu'auparavant. Comment en sommes nous arrivés là ? On n'en parle jamais. Comme si c'était une fatalité. J'ai lu dans votre livre, professeur Vigneron, qu'à partir de 1990, on évoque la pénurie, mais la Sécurité sociale jusqu'en 2003 paye des départs anticipés (MICA) pour 10 000 médecins généralistes. C'est incroyable !

Comment dans un pays aussi clivé politiquement, gauche-droite, un tel consensus s'est-il fait ? Quand on regarde la courbe de décroissance du *numerus clausus*, on n'y trouve aucune incidence des changements de gouvernement. C'est une « pensée nationale unique » : la pléthore médicale nous guette. Quand on regarde de près, on découvre deux argumentaires.

✓ D'un côté : « *Les coûts de santé augmentent, il faut réduire les coûts* ». Or, puisqu'en santé, c'est l'offre qui détermine la demande, diminuons l'offre, on diminuera la demande. Sur le fond, ce n'est pas faux, mais cela nécessite d'en tirer toutes les conclusions. On revoit la liberté d'installation, et donc la répartition des tâches entre professionnels, entre médecins et paramédicaux. Ce n'est pas du tout ce qui a été fait puisqu'on a aussi mis en place un *numerus clausus* pour les infirmières. Rappelez-vous qu'on a fait venir des infirmières espagnoles.

✓ De l'autre côté, on a le vieux courant extrême de la médecine libérale qui, au fond, n'a jamais totalement accepté la Sécurité sociale et qui s'est construit contre l'État. C'est toute l'histoire du mouvement médical français. Vous avez encore des réflexes quasi pavloviens ; quand vous dites, on va faire un transfert de tâches vers les infirmières, aussitôt nombre de collègues répliquent, « *Revoilà les officiers de santé !* ». Cela date de la Révolution française ! Et c'est toujours présent dans l'inconscient collectif des médecins. De même, la caisse d'assurance maladie est-elle encore appelée « *Madame la caisse* », dans une hostilité qui fait consensus. Ce courant, extrême et militant, de la médecine libérale avait pour idée, « *Il faut que nous soyons peu nombreux sur le marché de la santé pour imposer nos tarifs c'est-à-dire la liberté tarifaire* ». On a ainsi créé le secteur 2 en 1980 et son accès a été ensuite considérablement élargi. Aujourd'hui ce sont 70 % des spécialistes !

Désolé d'introduire cette accusation politique majeure, mais comment peut-on laisser des tarifs libres dans un système dit conventionné ? C'est incompréhensible ! Il y a une espèce de compétition dans la surenchère. Je ne vais pas citer de chiffres parce que cela devient presque gênant. Sur la place de Paris, le montant d'une opération de la cataracte va de 150 à 1 500 € avec une facture qui précise, « *pour un œil* » et « *tout compris* », et c'est signé par

<sup>16</sup> Projet de loi de financement de la sécurité sociale.



un collègue ! Vous vous dites : et l'Ordre des médecins dans tout cela ? Y a-t-il une régulation minimale ? Enfin, il y a eu cette phrase terrible du président du syndicat des gynécologues-obstétriciens libéraux en 2004-2005, qui a fait scandale : « *Si les Françaises ne veulent pas payer les dépassements d'honoraires en clinique privée, elles n'ont qu'à aller à l'hôpital se faire soigner par des médecins à diplôme étranger.* »

C'est la démonstration pour tout le monde que la santé ne peut pas être régulée par le marché. Cette idée-là est inexacte, vous en avez la preuve sous les yeux. On peut prendre d'autres sujets comme la liberté d'installation. On nous dit : « *Ils ne vont pas s'installer au même endroit puisqu'ils auront moins de clients, ils vont poser leur plaque là où il manque des médecins* ». Et bien c'est faux, justement parce que c'est l'offre qui détermine la demande. On le sait.

En santé publique et là, indépendamment des clivages politiques traditionnels, la pensée dominante est que le management de type privé, la concurrence, la recherche de la rentabilité, sont la vertu cardinale de toutes les activités humaines. Ce n'est pas la tarification à l'activité (T2A) qui nous arrive ; ce qu'on veut imposer, c'est la convergence tarifaire, c'est-à-dire la concurrence. On dit efficacité par amabilité, mais en réalité on pense rentabilité. C'est rentable ou pas ! Et c'est comme cela qu'on donne le pouvoir à des gestionnaires qui disent : « *Il faudra abandonner les activités non rentables et développer les activités rentables* ».

Ce système ne peut produire que plus d'inégalités. Là, je suis moins optimiste que vous, Professeur. On sème des graines, mais je ne suis pas convaincu qu'elles pousseront.

Il faut que la nation participe à un débat sur la santé. Il est évident que, si l'on se cantonne aux médecins ou, pire, aux seuls médecins hospitaliers, on sera attaqué, on nous reprochera de vouloir défendre nos bureaux et je ne sais quel autre privilège.

Ce manifeste n'a pas été élaboré et signé uniquement par des professionnels de santé pour des raisons de fond, mais aussi pour des raisons politiques, et il a été également signé par de nombreuses associations de patients. C'était une des faiblesses de la loi HPST en 2009, où les associations de patients ont plutôt été contre nous. Le manifeste est aussi signé par des chercheurs, des économistes, des juristes et des personnalités parce qu'on est dans une société médiatique. Le problème de la santé concerne tout le monde.

Ce serait une erreur de penser qu'au fond, pour un certain nombre de gens très riches, les inégalités ne sont pas un problème. C'est faux. Même pour eux c'est un problème. Un très bon livre de Richard Wilkinson, épidémiologiste anglais, dit : « *L'égalité, c'est la santé* ». Il montre, d'une manière convaincante, à partir d'études comparatives que plus il y a d'inégalités sociales évaluées par exemple par l'échelle des revenus, plus les marqueurs de santé globaux se détériorent, y compris pour les couches les plus élevées de la société.

Être dans une société de grandes inégalités, de fortes tensions, de frustrations profondes va entraîner un certain nombre de pathologies psychologiques, psychiatriques, de troubles du comportement, de maladies cardio-vasculaires et de mortalité qui touchent aussi les couches supérieures de la société. Une étude montre même que si vous comparez les diabétiques anglais et américains, toutes choses égales par ailleurs – niveau culturel, niveau de revenus, ethnies –, le fait d'être américain comporte un risque supérieur de survenue des complications du diabète. C'est pareil pour toutes les pathologies chroniques.

Si l'on y réfléchit, ce n'est pas surprenant. Avec une société inégalitaire disloquée, il faudra mettre des barbelés autour des beaux quartiers pour se protéger.

Enfin, il faut aussi évoquer quelques propositions concrètes car ce *manifeste des 123*, comporte dix-sept fiches qui sont autant de suggestions soumises à la discussion. En résumé, nous disons pourquoi, pour la santé, la logique de marché ne convient pas. Donc, il faut faire un virage politique, tant qu'il en est encore temps.

**Christian SOCLET**

Merci Professeur. Avant d'aborder la dernière thématique du séminaire, nous allons donner la parole à la salle pour un certain nombre de questions et réactions et peut-être que le professeur Vigneron voudra-t-il aussi s'exprimer.

### *Échanges avec la salle*

#### Question de la salle

Une précision : des citoyens ordinaires peuvent-ils signer ce manifeste ? Est-il sur internet ?

**André GRIMALDI**

À partir du manifeste, a été rédigé un projet de pacte qui résume nos propositions, adressé aux différents candidats à l'élection présidentielle au fur et à mesure où ils se déclarent. Certains ont répondu : on va essayer de les rencontrer pour que cela soit dans le débat public. Le problème n'est pas que les gens soient d'accord ou non avec nous, mais qu'il y ait un débat public.

C'est effectivement sur un site qui s'appelle, [www.manifestesante.fr](http://www.manifestesante.fr) et il peut être signé. On ne pensait pas le faire initialement, mais comme plusieurs personnes nous demandent ce qu'elles peuvent faire... Beaucoup de choses restent à discuter. Un des grands sujets, et peut être le principal, c'est la construction d'un service public de la médecine de proximité.

**Jean-Yves LEFEUVRE**, chargé de mission santé, secrétariat général du comité interministériel des villes (SG CIV)

Quel bilan faites-vous du déploiement des PASS<sup>17</sup> hospitaliers qui sont un dispositif intéressant et qui doivent permettre précisément un accès facile à l'hôpital et à ses soins pointus pour des personnes en grande exclusion ?

**François COUTEL**, chargé de mission au CNV

Précisément et pour revenir à la politique de la ville, le manifeste du CNV a essayé de traduire que la politique de la ville a inventé un certain nombre d'outils et de dispositifs dont certains sont apparus presque géniaux : les ateliers santé ville, les conseils locaux de santé dont on a relativement peu parlé. La politique de la ville ne pourrait-elle pas un petit peu entraîner les systèmes, contribuer à la gouvernance de la santé dans ces nouvelles orientations ?

**Xavier LEMOINE**

En complément à ces premières questions, revenons sur les cartes présentées par Emmanuel Vigneron. À l'intérieur de ces cartes qui soulignent des inégalités territoriales,

<sup>17</sup> Permanence d'accès aux soins de santé.



avez vous essayé de préciser les caractéristiques des zones à grande densité démographique et, dans l'affirmative, selon quels critères ? Par rapport à la question des quartiers qui nous préoccupent, quels paramètres de plus ou moins grande exclusion pourraient être retenus dans ces zones démographiques denses ?

En tant que président du Conseil de surveillance d'un hôpital, je souhaiterais éventuellement approfondir certaines des réflexions ouvertes par le professeur Grimaldi, puisqu'effectivement on se bat dans un environnement qui a totalement évolué. La concurrence est effrénée et je suis persuadé que pour beaucoup de personnes, c'est bien l'enjeu de vie ou de mort qui est en question. C'est sans doute un autre débat mais merci en tout cas, de ce que vous avez pu nous apporter.

### Emmanuel VIGNERON

Les agences de santé qui ont été créées par la loi HPST avaient reçu pour mission initiale de reconnaître des territoires de santé comme l'avaient fait l'ordonnance Mattéi en 2003, et déjà les ordonnances Juppé en 1996 et/ou encore la loi Évin en 1991 qui enjoignaient aux tutelles de l'époque de le faire. Au fil des ans, on était arrivé, avec les schémas régionaux de deuxième génération, à la reconnaissance de territoires qui étaient souvent *infra* départementaux et qui correspondaient bien à un espace vécu par les populations, pour la santé. Lorsque les agences nouvelles ont été créées, elles ont reçu des compétences propres puis un certain nombre de compétences partagées notamment, avec les Conseils généraux. Dans le même temps, les projets de réforme des collectivités territoriales ont fait que les agences n'ont pas eu à se heurter aux Conseils généraux car il a été décidé que leurs territoires de santé seraient calqués sur les départements. Rares ont été les agences qui ont défini des territoires *infra* départementaux et certains, même dans des régions plus peuplées comme le Limousin ou la Franche-Comté, ont arrêté un seul territoire : la région. Ce faisant, on a totalement oublié l'esprit de la réforme et surtout l'esprit de la territorialisation des politiques publiques en marche depuis la loi Évin-Durieux de juillet 1991.

À ce moment-là, j'avais écrit dans une note adressée à l'ensemble des directeurs d'agence, qu'il ne fallait pas se heurter avec les Conseils généraux qui ont des compétences reconnues par la loi, en matière de handicap, de personnes âgées ainsi qu'en matière de médecine scolaire et dans bien d'autres domaines. Il ne fallait pas se heurter. Cela répond en fait à vos trois questions. Il faudrait qu'on multiplie les contrats locaux de santé (CLS) mais pour multiplier ces contrats, encore faut-il avoir des moyens financiers. Il en est également ainsi pour le financement des ASV<sup>18</sup> qui devaient se fondre dans les CLS.

Pour multiplier ces CLS, encore faut-il avoir pris la mesure de la réalité des problèmes ici ou là, car on ne saurait engager de l'argent public sur le simple *desideratum* de tel ou tel élu au risque que ce soit le plus fort qui gagne. C'est à la puissance publique, à nous tous, à la nation, d'objectiver la réalité des problèmes.

En fait, on est très gêné en France par le fait qu'on n'a pas beaucoup de données sur les échelles fines de la réalité dans les quartiers. Pourquoi ? D'abord, parce que les données de santé de la Sécurité sociale, organisme qui est de droit privé, ne nous appartiennent pas. Par elle, on connaît l'adresse des assurés, des ayants droit et on serait donc à même de pouvoir localiser les consommations de santé et de les confronter à des données d'environnement socio-économiques à l'échelle statistique, la plus fine autorisée par la loi,

<sup>18</sup> Atelier Santé Ville.

celle des IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique<sup>19</sup>). Mais on se heurte au fait que l'état civil (registres d'état civil, de décès ou de mariage, de divorce) s'établit, en France, à l'échelon communal. Impossible donc de croiser des données infra-communales avec celles des consommations hospitalières, celles avec lesquelles j'ai fait ces cartes.

D'où la grande nécessité, cela concerne plusieurs d'entre vous, de promouvoir l'idée d'une amélioration du recueil statistique permettant des études fines, c'est un peu dans le rôle du CNV, conseil auprès du Premier ministre.

Il est aussi nécessaire de promouvoir la multiplication des diagnostics locaux de santé en milieu urbain tout particulièrement, mais aussi à la campagne. Pour tout cela, il faut encore dégager des financements.

Ici, en Île-de-France, plus d'une dizaine de CLS ont d'ores et déjà été signés avec des collectivités locales, depuis novembre. Soixante-dix sont annoncés comme devant être signés à très brève échéance et plus de cent sont en gestation, selon la déclaration du directeur de l'ARS (Agence régionale de santé).

On a là un exemple assez séduisant sans être exagérément optimiste. Je veux le rester envers et contre tout mais on ne fera rien de sérieux et d'égalitaire en matière d'amélioration de la santé dans les villes sans multiplier les diagnostics et les études fines pour avoir une appréciation exacte des besoins réels.

### Christian Soclet

Je vais apporter quelques compléments à propos du rapport de l'ONZUS. Il met en avant un premier constat à savoir que dans les quartiers de la politique de la ville, on ne va pas bien. Sans entrer dans une énumération, le rapport signale des troubles visuels et auditifs plus fréquents, des concentrations de l'obésité et du surpoids chez les enfants scolarisés, etc. Les uns et les autres le confirmeront sans doute au cours de la discussion.

Cette question de l'état de santé entraîne naturellement celle du recours aux soins. Vous l'avez évoquée. De mon côté, je l'aborderai sous différents aspects, très rapidement, et encore une fois, issus du rapport de l'ONZUS : un déficit d'offre de soins de premiers secours, des retards dans la prise en charge s'agissant en particulier des soins bucco-dentaires, un accès aux droits et aux soins spécialisés plus difficile comparé aux autres territoires.

Enfin, troisième volet de ces constats, avec l'espoir que se développent des propositions comme les ASV dont vous avez commencé à parler. Celles-ci sont sans doute insuffisantes et il est nécessaire de les étendre. La faiblesse de ces recours aux soins peut s'expliquer par des barrières financières ou socioculturelles. Vous avez abordé la question de façon tout à fait intéressante en évoquant le "non recours" aux couvertures sociales. Le refus des soins aux patients bénéficiant de la CMU est une chose que l'on constate malheureusement trop souvent sur le terrain.

---

<sup>19</sup> Découpage du territoire développé par l'INSEE, aux fins de recensement, par 2000 habitants environ.

## *La santé dans les quartiers de la politique de la ville : le point de vue des élus*

*Animation : Christian SOCLET, chargé de mission, conseil national des Villes*

**Françoise GAUNET-ESCARRAS**

À l'issue de mes études, je suis passée à la Santé publique par volonté. Ensuite, l'élection comme maire adjoint de Marseille, cela s'est fait surtout par hasard. Je vais peut-être vous dire ce que je ne voulais pas dire ou ce que je n'avais pas pensé vouloir dire. Je crois que nous sommes partagés en tant qu'élus et praticien de la santé.

Nous restons très optimistes quand, sur le plan local, nous pouvons et savons faire beaucoup de choses. Je crois que les élus qui se sont investis non pas sur le soin, mais sur la promotion de la santé, sont optimistes. Même si nous sommes très en retard en prévention, on a tout de même fait un saut de 20 % ces quinze dernières années. On a ciblé le problème et la plupart des professionnels qui sont sur ces champs en ont aussi conscience.

Je reviens sur les propos d'Emmanuel Vigneron. Nous avons vraiment un devoir d'interpellation et de communication de notre optimisme. Même si nous prêchons souvent dans le vide, nous devons convaincre nos élus, tous élus confondus, des aspects positifs de la promotion de la santé publique. Ne l'oublions pas, même si les résultats visibles ne sont pas encore suffisamment nets. Nous sommes souvent écartelés. Nous naviguons entre un optimisme véritable avec des actions dont nous allons pouvoir parler et un pessimisme inévitable quand les avis des professionnels, des experts, ne sont pas pris en compte.

Il est vrai que ces questions se posent sur du long terme. Certaines villes s'y sont résolument engagées. C'est notre cas et celui d'autres villes. Mais ce n'est pas encore une généralité sur l'ensemble du territoire français. Or, ici, notre réflexion porte sur l'ensemble du territoire français. Cette question est fondamentale.

La décentralisation est une autre raison d'être optimiste bien qu'elle ne nous ait pas offert les moyens nécessaires. Nous passons notre temps à nous battre pour faire avancer des actions qui sont expérimentales, localisées mais qui restent difficiles à pérenniser. Personne n'est coupable, mais on est tous responsable. Nous faisons de l'ilotage par territoire, c'est mieux que rien. Sur Marseille, on a trois ateliers de santé ville et dans certains endroits, ça ne marche pas bien. Cela dépend des coordinateurs, des actions, des volontés politiques. Agathe Cahierre ne me démentira pas : il est difficile de faire rentrer la politique de la santé dans la politique.

**Agathe CAHIERRE**

Première adjointe du maire du Havre, je suis en charge de la politique de la ville depuis 1995. J'ai été témoin de plusieurs politiques publiques, concernant la ville. Je dois dire qu'il y a une constante : la santé en est vraiment le parent pauvre. En matière de réussite éducative, on commence à avoir des résultats. Il y a beaucoup de partenariats et de résultats positifs pour l'accès à l'emploi, la tranquillité, mais la santé, ça ne marche pas. Pour quelles raisons ? D'abord, on n'a pas su créer un bon partenariat avec la médecine de ville qui, du reste, n'est pas organisée. On a beaucoup de mal à travailler avec elle, sauf peut-être pour permettre et inciter des groupements médicaux. Là, les médecins sont contents de nous trouver. Ensuite, dans notre contrat urbain de cohésion sociale, il n'y a

pas de volet santé. Il n'y a pas un euro de consacré à la santé pour deux raisons principales.

✓ Nous naviguons entre l'intercommunalité et la commune. Il y a une espèce d'ayatollah culturel qui dit qu'en matière de santé, tout doit être traité de façon intercommunale, seul territoire pertinent. Or, nous avons beaucoup de mal à fonctionner avec l'intercommunalité qui a une vision forcément homothétique du territoire en méconnaissance des traitements prioritaires et des discriminations positives nécessaires dans certains territoires. C'est un premier écueil.

✓ Deuxième écueil qui concerne les ASV. On les a mis en œuvre au niveau infra-communal, mais on a beaucoup de mal à sortir de la première étape, celle du diagnostic, qui se fait à peu près. La deuxième étape, la mise en réseaux des professionnels, est bien plus compliquée. Si les professionnels adorent se réunir, se former, discuter entre eux, pour la troisième étape, quand il s'agit de convenir vraiment d'actions au bénéfice de la population, là on n'en sort pas. Nous en avons fait l'expérience. J'ai voulu mettre en œuvre dans un des quartiers, ce qui s'est fait à Lille, c'est-à-dire un point d'accès aux soins, une permanence d'accès aux soins dans un quartier. Pour le financer, j'ai trouvé des fonds parce que j'étais convaincue et que, fort d'un bon projet, on arrive à trouver les financements. En l'espèce le Fonds social européen a été mobilisé et on a réussi au moins pendant un à deux ans à le faire financer et donc à montrer l'efficacité du projet. Mais il a fallu, comme le dit Françoise Gaunet-Escarras, une énorme volonté politique pour que de ces réunions, sorte quelque chose de concret.

Je voulais enfin dire mon étonnement au professeur Grimaldi. Je tombe des nues, je croyais que la santé en France était la meilleure au monde, qu'on avait le meilleur système de soins, qu'on était regardé par l'ensemble des pays !

### Françoise GAUNET-ESCARRAS

Je vais revenir sur le cas de Marseille en donnant un exemple et je passerai ensuite la parole à Claude Dilain. Avec une population de 860 000 habitants, trois Ateliers Santé Ville fonctionnent assez bien. On voit la différence puisqu'on a fait un diagnostic territorial en 2004 et qu'on en termine un second en juin 2012. Les résultats sont intéressants. Un grand territoire en politique de la ville, le sud-est de Marseille, 100 000 habitants sur un arrondissement, est très mal loti en médecins. C'est ce qu'on appelle un désert médical en pleine ville et ce n'est pas un mirage. Au lieu des 153 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne la plus haute de France, nous en avons 98 sur ce territoire. À partir de ce comptage, il y a eu des alertes. Il n'y avait pas de service d'urgence, etc.

Nous avons appris récemment que nous allons avoir une Maison Pluridisciplinaire de Santé. On a un bon maire mais la santé, ce n'est pas forcément sa tasse de thé ! Il y a une grosse équipe de santé sur cette ville, un très bon rapport avec la politique de la ville, et justement, lorsque tout ceci est bien maillé et que le médico-social en amont et en aval se met en route de façon vraiment forte, cela peut marcher.

Il ne faut pas être dans un pessimisme noir. Vous n'êtes pas un pessimiste professeur Grimaldi, loin de là, vous avez présenté des réalités, mais tout dépend vraiment du territoire. C'est aux professionnels du secteur de santé ou médico-social qui ont la perception, la connaissance, d'aller prêcher pour faire évoluer les territoires et diminuer ces fractures territoriales et sociales de santé.

Claude DILAIN

Je voudrais d'abord remercier les professeurs Grimaldi et Vigneron pour leurs interventions et dire combien je suis ému et inquiet de les écouter parce qu'ils apportent beaucoup à la réflexion collective, et à la mienne propre. Je suis très content que le CNV m'ait permis de vous écouter aujourd'hui.

Ces inégalités de santé sur le territoire français sont extrêmement inquiétantes. Vous avez parlé, professeur Vigneron, de fragmentation, c'est un mot que j'emploie souvent car les géographes qui s'occupent de la santé ne sont pas les seuls à l'utiliser. Ce qui m'inquiète, c'est que tous ceux qui se penchent sur la société française finissent pas parler de fragmentation, qu'ils soient sociologues comme Didier Lapeyronnie, qu'ils soient journalistes très attentifs aux banlieues comme Luc Bronner ou comme un de vos collègues, Jérémy Robine qui vient de publier un livre où il parle de fragmentation. Dans ce domaine, mais malheureusement aussi dans d'autres, la société française est en train de se fragmenter et la situation empire.

Les inégalités en matière de santé, cela veut dire aussi inégalités de l'offre de soin. Vous l'avez très bien dit. Il y a une inégalité de la santé parce que si l'on fume, on est dans l'inégalité par rapport à ceux qui ne fument pas, c'est très clair. On est dans l'inégalité de la santé si l'on a une profession qui nous expose à des produits toxiques... Mais il y a quelque chose qui est insupportable pour moi, ce sont les inégalités dans l'accès aux soins qui existent très profondément.

Je ne reprendrai pas les chiffres que vous avez cités. Ils ont une traduction très concrète. Au delà des cartes et des chiffres avec des couleurs, certains m'ont déjà entendu pousser un « coup de gueule » parce qu'il y a une épidémie de tuberculose à Clichy-sous-Bois et que les chiffres sont clairs. En effet, l'incidence est située entre 8 et 9 pour 100 000 en France, mais de 30 pour 100 000 dans le département de la Seine-Saint-Denis et de 300 pour 100 000 dans un quartier de Clichy-sous-Bois. Ce chiffre correspond d'ailleurs à ceux relevés dans certains pays d'Afrique.

Vous avez parlé de micro diagnostic. Pour montrer comment les choses peuvent se fragmenter, citons quatre villes que Xavier Lemoine et moi connaissons bien. D'une part, Clichy-sous-Bois et Montfermeil et d'autre part, deux villes qui nous touchent, Le Raincy et Coubron. Dans les deux premières villes, le taux de mortalité est franchement supérieur au taux moyen de la France et dans les deux autres, il est franchement inférieur. Ce sont quatre villes riveraines, qui se touchent. Il y a un vrai problème qui menace largement la cohérence de la société française.

J'ai longtemps pensé qu'il s'agissait surtout d'une question liée à la médecine libérale, responsable des inégalités de la démographie médicale territoriale qui n'arrive pas à rendre les choses relativement homogènes. La liberté d'installation, je le dis, je n'ai pas peur de le dire, pourrait être remise en question si la médecine libérale n'arrivait pas à régler ce problème de son propre chef. La liberté d'installation, je note au passage, étant la seule qui reste à la médecine dite libérale car théoriquement, la liberté d'honoraires n'existe plus, puisqu'elle est conventionnée, la liberté de prescription est très encadrée et la liberté de choix du patient pour son médecin est aussi limitée avec le médecin référent.

Tout ce qui a été fait jusqu'à présent pour attirer les médecins vers des zones où il y a très peu de médecins, et la Seine-Saint-Denis en est un exemple malheureusement très significatif, me paraît avoir échoué. Entre parenthèse et bien que nous soyons au CNV, je dirai que ces inégalités touchent aussi largement et peut-être de façon plus cruelle encore, certaines zones rurales abandonnées. Quand on habite Clichy-sous-Bois, on a un taux de



médecins très faible, mais il ne faut pas faire de nombreux kilomètres pour aller voir des spécialistes. Quand on est dans une zone rurale, c'est bien pire. Je le signale au passage pour que le Conseil national des villes s'intéresse à ces populations qui se battent également contre des inégalités territoriales.

Les incitations à s'installer de façon libérale, ici plutôt que là, ne fonctionnent pas. Les maisons de santé pluridisciplinaires me paraissent être une bonne chose, mais sont longues à monter. Il faudra se résoudre à restreindre la liberté d'installation. Ce disant, je sais que tout est enregistré, je ne vais pas me faire des amis mais je le maintiens.

La médecine libérale, dont les quatre piliers fondamentaux n'existent plus, s'est un peu suicidée. Mais ces inégalités de l'offre et là, c'est beaucoup plus grave, touchent aussi l'aménagement du territoire dans les secteurs publics.

Je vais donner un seul exemple, mais je pourrais multiplier parce que la Seine-Saint-Denis a été bien étudiée de ce point de vue. En Seine-Saint-Denis pour 1,5 million d'habitants, il n'y a qu'un seul *tapescan*. C'est le meilleur moyen de surveiller les personnes qui ont souffert d'un cancer et de diagnostiquer très rapidement une éventuelle récurrence. Cet outil est très important dans la survie des malades atteints d'un cancer. En l'Île-de-France, on compte un *tapescan* pour 500 000 habitants. Ici, la médecine libérale n'est pas responsable, ce sont bien des choix d'aménagement du territoire.

Enfin, sur ce que fait le Comité interministériel des villes, les ateliers de santé ville, les contrats de santé locaux, tout cela me paraît extrêmement bien ; j'attire simplement l'attention de tout le monde : je suis d'accord avec Agathe Cahierre lorsqu'elle dit que la santé est le parent pauvre des politiques de la ville. Mais, ne demandons pas dans ce secteur aussi une politique spécifique, un peu misérable. Ne demandons pas au ministre de la ville de régler les inégalités en matière de santé.

### Christian SOCLET

Une carte illustre un peu ce propos, que le professeur Vigneron va commenter, avant de passer aux questions de la salle (voir *infra* carte 2- Les professions de santé).

### Emmanuel VIGNERON

En vrai citoyen de la république, Claude Dilain, nous dit aimablement, il n'y a pas que Clichy-sous-Bois, il y a aussi la France entière et on le comprend : le sénateur de la république n'est pas sénateur de Clichy.

L'an dernier très exactement, un rapport sur les missions de la médecine libérale remis au président de la République, soulignait : « *Désormais, des cantons entiers sont atteints par les problèmes de désertification médicale* ». J'avais dit non, ce ne sont pas des cantons, ce sont d'ores et déjà des arrondissements, des départements et même des régions toutes entières.

Nombre de députés ou de sénateurs sont en accord avec cela, car en tant qu'élu d'un département de la région Centre, de La Mayenne, de l'Eure et Loire, ou de la Haute-Marne, on est très concerné. Sur cette carte, que j'avais publiée dans un journal l'an dernier, tout ce qu'il y a en bleu et en bleu foncé, ce sont des zones qui ont reçu une très mauvaise note, des zones où il n'y a ni dentiste, ni pharmacien, ni kinésithérapeute, sans même considérer l'absence de cardiologues ou de pédiatres.

C'est la situation. On l'a laissé s'installer. Je l'ai dit, il n'y a pas complot, il n'y a pas d'intention malfaisante mais peut-être y a-t-il eu inattention. En contradiction avec l'esprit du préambule de la Constitution qui prévoit l'accès de tous à la santé, on a trop laissé les questions de santé être traitées à la marge, et on n'a pas suffisamment repensé la responsabilité de la nation toute entière.

On a laissé traîner. En France, on croit trop à l'unité de la république et on n'observe pas assez ses inégalités. Il est vrai que la « Chambre des territoires », comme on le dit du Sénat, a toujours eu un œil sur ces sujets, à droite comme à gauche.

Il faut qu'on œuvre collectivement à cette amélioration, indépendamment même de l'appartenance politique.

En ce qui nous concerne, on peut œuvrer en fournissant ce genre d'informations cartographiques ou statistiques qui ne sont pas toujours faciles à calculer, à dessiner et à publier.

### **Xavier LEMOINE**

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit par Claude Dilain et qui soulignait la question de l'offre, je voudrais apporter un témoignage. Il y a certes la médecine libérale qui devrait mieux s'organiser, la qualité de l'aménagement du territoire, mais la question de l'offre n'est pas la seule à laquelle on doit s'attacher. À Montfermeil où je suis président du conseil de surveillance d'un hôpital, la présence de cet établissement est une chance pour la ville. Cet hôpital, tant en qualité qu'en quantité ou en diversité d'offres, n'a rien à envier à d'autres hôpitaux et je ne pense pas qu'il soit en déshérence dans un certain nombre de disciplines. C'est un premier point. Je suis ensuite attaché à ce que se maintienne une médecine libérale en nombre suffisant, même si elle a décliné ces dernières années en termes quantitatifs, y compris pour les professions paramédicales, mais nous ne sommes pas aux mêmes chiffres que la ville de Clichy. Il y a en effet une très forte disparité, j'en conviens. Cette question de l'offre ne se pose pas partout dans les mêmes termes, celle de l'accessibilité non plus puisque certains cabinets médicaux sont au pied du quartier en difficulté. Il y a cinq minutes de bus, pour aller du quartier difficile à l'hôpital, je ne crois pas que les questions d'accessibilité physiques soient un obstacle réel.

Par ailleurs, je me sens coupable d'avoir cru les difficultés aplanies par la solvabilité des soins réglée à travers la CMU et les dispositifs divers et variés mis en place. Je m'étais dit naïvement que fort d'un réseau libéral et paramédical dense, d'un hôpital riche et accessible, il ne devrait plus y avoir de difficulté particulière. Mais le médecin de la mission locale pour l'emploi a attiré le premier mon attention sur l'état catastrophique de la santé de nos jeunes. Ensuite, un certain nombre de spécialistes notamment, de la CPAM, ont pointé du doigt un certain nombre de pathologies récurrentes importantes et préoccupantes dans ce quartier difficile. C'est la raison pour laquelle j'approuve ces processus de diagnostic et d'Ateliers Santé Ville.

D'autres mécanismes sont à trouver qui prennent en compte les aspects socioculturels qui ont été abordés très rapidement tout à l'heure. Les barrières ethnoculturelles doivent être appréhendées dans un certain nombre de quartiers parce qu'elles sont des freins bien plus puissants que l'on pourrait l'imaginer à première vue.

### **André GRIMALDI**

Très rapidement, je relèverai l'optimisme de la volonté et le pessimisme de la raison. Le problème, ce sont les moments où l'on est peut être dans un "basculement". C'est en débat

aux États-Unis. Un journal a titré : « *Quel est le meilleur système, le système américain ou le système anglais ?* ». Réponse : « *le système français* ». Qu'est-ce que le basculement ? C'est lorsqu'une partie des classes moyennes demande d'en finir avec la Sécurité sociale et son monopole. Ce n'est pas quand les politiques le décideront, mais lorsqu'une partie des classes moyennes dira : « *Les assurances complémentaires augmentent leurs primes de 5 à 7 ou 10 % par an, elles sont devenues supplémentaires ; on m'a mis un bouclier sanitaire qui ne me protège de rien puisqu'il est en fonction de mes revenus ; désormais pour me soigner, j'ai besoin d'une assurance. Donc, je ne veux plus de la Sécurité sociale. J'en ai marre de cette solidarité pour les pauvres qui devient toujours, une pauvre solidarité.* » On a un effet de bascule quand la société elle-même considère que les pauvres abusent.

Dans un système solidaire comme le nôtre, la liberté d'installation non régulée par le marché, devient inacceptable. En diminuant le nombre de médecins formés, on n'a rien fait.

Je vous rappelle que le secteur 2 a été créé en 1980. En 1983, face à une grève des internes, des chefs de clinique des hôpitaux, demandant « *Quel est notre avenir ?* », le droit au dépassement d'honoraires en secteur 2 a été accordé. Ensuite, pour mettre le médecin traitant en place, le passage du secteur 1 au secteur 2 a été autorisé.

Les gouvernements ont ainsi eux-mêmes gonflé le secteur 2 en affaiblissant le secteur 1. Pour y remédier, il faudrait limiter les installations en groupe 2 sur Paris et encourager leur installation notamment dans le 93. Mais si l'on touche à la liberté d'installation, toute la médecine libérale s'y opposera et les jeunes se mobiliseront pour leur avenir en ville...

#### Emmanuel VIGNERON

... Sauf qu'il y a un étudiant en médecine sur neuf qui choisit la médecine libérale. Un médecin sur neuf qui condamne aussi la médecine libérale, un sur neuf qui choisit l'installation dans l'année qui suit la thèse.

#### André GRIMALDI

Si je puis me permettre, 10 % des étudiants s'installent en libéral. 20 ou 30 % vont être provisoirement remplaçants et 50 % choisissent le salariat.

#### Agathe CAHIERRE

Dans un des premiers quartiers où nous avons fait un Atelier Santé Ville, avec un gros problème d'accès aux soins, une clinique privée a fait le choix de s'y installer. Mais tous les spécialistes sont en secteur 2 et il y a un vrai souci d'accès aux soins pour la population. Pour ceux qui sont à la CMU, certains ne l'ont même pas, les seuls actes qui s'offrent à eux sont les bilans de santé proposés par la Sécurité sociale. On les y oriente, mais ensuite pour accéder aux soins, dès lors qu'on a trouvé une pathologie, c'est impossible car il n'y a pas de spécialistes en secteur 1. Quant à l'hôpital public, les déficits sont tels qu'il ne fonctionne pas très bien et n'est pas non plus une ressource. On ne peut même pas établir de convention avec l'hôpital pour avoir un accès à certains spécialistes. On est donc en réelle difficulté.

#### Sylvain LEMOINE

Une réflexion sur la médecine libérale est nécessaire qui prolongerait complètement ce que vous venez de dire. C'est une interrogation qu'on a eue récemment au Centre d'analyse stratégique. Claude Dilain, j'ai senti que vous regrettiez un petit peu qu'on grignote les différentes libertés inhérentes à la médecine libérale. Est-ce exact ?



### Claude DILAIN

...J'ai fait un constat. Je suis loin de le regretter, vous ne m'avez pas compris.

### Sylvain LEMOINE

C'est bien que l'on puisse clarifier cela car la question de la tarification, par exemple, pose celle de la rémunération, compte tenu de l'évolution des pathologies. Le paiement à l'acte n'est pas du tout adapté à l'évolution des pathologies. On grignote un petit peu le statut de la médecine libérale, par petite touche comme vous l'avez rappelé.

Vous avez émis une suggestion sur l'installation en secteur 2. C'est une manière d'attaquer le statut par un autre angle. Ne pourrait-on pas y aller un peu plus franchement ? C'est-à-dire, dans certaines zones, ne pourrait-on pas créer des instruments, par exemple des dispensaires ? Est-ce qu'on ne devrait pas avoir une politique encore plus volontariste, prendre le problème à bras le corps et dire, « on sait qu'il y a un souci, on implante un dispensaire avec des médecins salariés » ? Les cartes du professeur Vigneron peuvent nous y aider.

### Claude DILAIN

Médecin libéral depuis trente-trois ans, aujourd'hui, à cette heure-là, je devrais normalement être dans mon cabinet médical. J'ai séché pour venir vous voir et je ne le regrette pas. Par contre, mes patients vont peut-être le regretter. Je suis un praticien de la médecine libérale mais je constate que ce système qui a eu sa pertinence et son efficacité ne répond plus aux questions graves que pose actuellement le système de soins, de distribution de soins.

Je n'ai pas voulu aller plus loin. Je ne veux pas qu'on me prenne pour un affreux gauchiste ; je ne suis qu'au parti socialiste. On ne peut pas parler du financement de la Sécurité sociale sans dire un mot, et peut-être un peu plus qu'un mot, du paiement à l'acte qui est structurellement inflationniste, je le répète, structurellement inflationniste.

André Grimaldi y a fait allusion et je l'approuve totalement là-dessus. Ce n'est pas un problème idéologique, c'est un constat que je fais à partir de ma vie de médecin. La médecine libérale ne répond pas aux problèmes de soins. Je reviens à votre deuxième question. Pour que les choses soient claires et pour écarter le problème politicien, un maire UMP, constatant qu'aucun médecin ne s'installait chez lui en libéral a embauché deux médecins généralistes. Il a eu raison parce que c'est son devoir de premier magistrat de la ville, de présenter une offre de soins à ses concitoyens. Si j'ai précisé son étiquette politique, c'est pour bien montrer qu'il ne s'agit pas du tout d'un problème politicien, ni même idéologique, c'est un fait. Il faudra penser à de nouveaux systèmes.

André Grimaldi a raison d'évoquer un fort *lobby*, je le connais depuis des années. Étudiant, je luttais déjà contre la politique malthusienne de la médecine libérale car en résumé, c'était : moins il y aura de monde, plus on se partagera le gâteau, sauf qu'on raisonnait sur des pratiques médicales qui n'ont absolument plus cours aujourd'hui, qui étaient de travailler jour et nuit, six jours et demi sur sept, etc. Heureusement, ces pratiques ont disparu parce qu'elles sont dangereuses d'ailleurs. On ne demande pas à un pilote de ligne de travailler autant.

Ce *lobby* existe. Je suis d'accord avec André Grimaldi sur le fait que cela va être compliqué de parler de cela. Je l'ai dit une fois à la télévision, j'ai connu les retours de bâtons. Mais quand on fait de la politique, il faut avoir du courage. Il faut dire, « le système ne fonctionne

pas » et je l'ai dit, mot pour mot à la télévision. Le corporatisme, c'est bien, c'est légitime, mais l'intérêt général, c'est au dessus.

### *Échanges avec la salle*

**Muriel ROCHUT**, chef de projet politique de la Ville, Arcueil

Je voulais rebondir sur ce que disait Sylvain Lemoine à propos des dispensaires qui fonctionnent avec des médecins salariés. Il y en a, peut-être pas suffisamment, cela s'appelle des centres municipaux de santé qui sont portés pour beaucoup, voire exclusivement, par les villes. Les médecins qui y travaillent sont des médecins salariés. Je peux vous dire, vu les salaires, que ce sont presque tous des médecins militants qui y sont. Cela existe, qu'il soit nécessaire de les multiplier, très bien ; mais cela ne peut pas être porté uniquement par les collectivités mais géré en partenariat par l'État, alors que la santé reste une prérogative régaliennne. À un moment donné, si l'on veut une santé pour tous, dans une république une et indivisible, il va falloir trancher cette répartition des responsabilités.

**Marc SCHOENE**, président de l'Institut Renaudot

Il se trouve qu'hier, c'est le hasard des choses, j'étais à une réunion fort intéressante de la Société française de santé publique qui discutait des problèmes de prévention et particulièrement de nutrition. Par ailleurs, j'étais en début de semaine à une réunion organisée par la Mutualité française avec les représentants de l'Agence régionale et surtout des mutualistes. Là, je suis à une réunion où il y a essentiellement des élus, pour écouter des interventions extrêmement riches et intéressantes. Quand le mot fragmentation est repris par le professeur Grimaldi, on se dit qu'il est bien dommage que ces trois publics ne se rencontrent pas plus souvent.

Vous avez décrit l'avenir de notre système de santé comme préoccupant. Je partage ce diagnostic et l'inquiétude sur ces questions d'inégalité.

C'est vraiment dommage que les élus ne rencontrent pas plus souvent les personnes de la santé publique et les mutualistes car du coup, la discussion se déroule de façon cloisonnée. Il y a peu d'hémicycles ou d'endroits où les trois discours, les trois réflexions s'enrichissent les unes, les autres. Or la situation actuelle nécessite des réponses nouvelles, qui existent ici et là, mais elles ne croisent pas suffisamment.

Pour aborder ces questions de statuts des médecins et de l'installation des médecins libéraux, en particulier en maison de santé ou ces tentatives d'implantation de regroupement de professionnels, il faut être prudent : on n'impose pas aux boulangers, aux épiciers, aux cafés d'aller s'installer dans telle ou telle région. Je connais les limites aujourd'hui, de la médecine libérale, mais les réponses coercitives ne donneront absolument pas de résultats satisfaisants.

Plutôt que d'envisager des obligations de s'installer, il faut se poser la question des raisons pour lesquelles les praticiens ne s'installent pas à tel endroit. Où pourraient-ils, où devraient-ils s'installer ? Ils viendront s'installer si l'on crée les conditions pour qu'ils s'installent. Il y a des exemples dans un certain nombre de territoires où lorsque ces questions sont abordées dans toute leur complexité, et bien les professionnels s'installent.

**Delphine FLOURY**, FEMASIF (Fédération des maisons et pôles de santé d'Île-de-France)

Il n'y a pas encore de régulation, ce que l'on peut regretter, mais il y a des incitations à s'installer dans les zones déficitaires et encore plus, dans les zones urbaines sensibles, à travers des financements publics qui sont accordés aux maisons de santé pluri professionnelles. C'est une première forme d'incitation.

Il faut dire également qu'il y a des contreparties à ces installations, et c'est normal, puisqu'il s'agit de financements publics. Il y a un cahier des charges national dans lequel on peut regretter qu'il n'y ait plus la nécessité, l'obligation d'un secteur 1. On peut ensemble le déplorer. On peut également regretter que ces incitations financières publiques ne soient pas élargies aux autres structures pluri professionnelles et notamment, aux centres de santé.

Le terme de dispensaire me fait un peu frémir, mais en tout cas, les centres de santé, qu'ils soient municipaux ou autres d'ailleurs, sont effectivement les structures qui aujourd'hui, sont les plus actives dans les zones en politique de la ville. Il serait intéressant que les financements publics pour ce type de structure pluri professionnelle soient utilisables pour les centres de santé.

Sur ce point, il y a convergence, quoiqu'on en dise, entre les formes salariales et les formes libérales, pour développer des structures pluri professionnelles. On le voit bien à travers l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, qui devrait être élargie après 2013, et qui au-delà du paiement à l'acte, intègre des éléments de financement, de coordination. Les centres de santé et les maisons de santé sont éligibles à cette expérimentation.

**Pierre TOUYA**, conseiller du président du directoire de LOGIREP, société d'HLM

Il faut aussi parler un peu du logement et se rappeler de cette question, « *De quels endroits parlez-vous ?* ». LOGIREP a été fondée par Claudius Petit, dans un courant républicain, hygiéniste d'Après-guerre. Claudius Petit avait fondé la SONACOTRA et notre société a été créée pour détruire les bidonvilles ; nos plus vieux logements sont précisément là où étaient ces bidonvilles. Ainsi, la carte de nos plus vieux logements, et celle des bidonvilles des années 1965, correspondent.

Deux remarques. Les débats de cet après-midi sont très stimulants mais en même temps, je suis un peu mis en difficulté. Venu pour m'informer, je suis très concerné par ce qui se dit sur l'approche du secteur de la santé aujourd'hui. J'étais hier à une réunion sur la sécurité qui se tenait au niveau du mouvement HLM où l'on a décidé que l'une des prochaines rencontres serait consacrée aux problèmes de santé mentale. C'est tout à fait stupéfiant : il y a vingt-cinq ans, on ne s'intéressait pas à ces sujets.

Deuxième remarque, comme toutes les sociétés d'HLM ou autres, nous avons des filiales, structurées par thèmes : les personnes âgées, la maladie d'Alzheimer, les handicapés, les jeunes et étudiants. On se rend compte que les étudiants sont de plus en plus mal logés et de plus en plus mal soignés. Mais on a une vraie difficulté à nous décroiser ; de quelle façon la plus optimale peut-on penser les problèmes dans leur ensemble ? Je suis très frappé de voir que le contenu des problèmes de logement se rapproche de plus en plus des préoccupations qui animent les professionnels de santé.

On a par exemple constaté, quand il a fallu reloger les gens qui étaient sous tente devant le quai de la Loire ou le quai de l'Ourcq, qu'un tiers, un quart des personnes qui étaient là, étaient des personnes qui en d'autres temps, auraient été prises en charge par la psychiatrie de secteur, par des soins journaliers, etc.

Comme le disait Claudius Petit, il y a trois secteurs qui s'arrangent très difficilement du marché, voire pas du tout : l'éducation, la santé et le logement, qui partagent des points communs.

Du point de vue de l'administration et de l'allocation de ressources publiques qui sont ce qu'elles sont et ne vont pas en s'améliorant, on est à certains égards régis de la même façon. Le secteur HLM, les opérateurs privés du secteur HLM, ressemblent assez aux médecins libéraux qui le sont si peu.

Si l'on veut mieux aborder les problèmes dans leur globalité, il faut se reposer la question de l'aménagement du territoire et de la réforme des collectivités territoriales. La deuxième chose qui me frappe est la question de la médecine du travail dont personne ne parle ici. Or son non fonctionnement est aussi une préoccupation : il faut vraiment être grabataire pour être signalé comme présentant des problèmes. De même pour la médecine scolaire.

#### Claude DILAIN

Il n'y a plus de médecins du travail.

#### Pierre TOUYA

Le travail est tellement malade qu'il faudrait faire un effort particulier sur la médecine du travail. Dernière remarque, si l'on avance sur ces trois sujets, on pourrait demander à l'État d'être un peu plus stratège.

Je m'exprime à titre strictement personnel. Nous gérons 60 000 logements. Pour donner une idée, nous représentons l'équivalent de la ville de Rennes.

#### Sandrine HAAS

Je souhaite juste souligner la question des financements des centres de santé car beaucoup d'entre eux ont de grosses difficultés.

Revenons aussi sur l'idée un peu plus générale émise lors des discussions à partir du travail fait sur les inégalités territoriales de santé et dont parlait Emmanuel Vigneron.

Les actions locales doivent marcher de pair avec celles engagées à l'échelle nationale, on mobilise les élus si on les rassure aussi sur les transferts de charge, comme l'emploi de médecins salariés affecté aux budgets des communes. Il ne faut pas que ces transferts de charge dérivent au-delà de certaines limites car les élus restent alors sur leur position qui est de dire que la santé, ce n'est pas leur problème.

Les deux choses doivent marcher de pair, la mobilisation des élus, la sensibilisation à ces questions, mais de l'autre côté, il faut qu'il y ait des garanties. Si des actions sont menées, il ne doit pas y avoir de dérives de charges trop importantes qui seraient finalement insupportables et non viables pour les projets qui émaneraient de ces élus.

## Conclusion

Jean-Luc ROELANDT

Médecin-psychiatre de service public, j'ai mené durant trente cinq ans une expérience tout à fait originale dans la banlieue Est de Lille, qui a réussi à faire en sorte que 80 % du personnel exerce en ville et à mettre en place une médecine gratuite et un accès aux soins directement en lien avec tous les médecins généralistes du secteur. Ceci me semble un modèle pour la santé en général pour notre pays : un véritable réseau ville-hôpital, avec un hôpital intégré dans la cité. C'est apparemment simple à mettre en place. Il y a 820 secteurs de psychiatrie en France, il suffirait de faire la même chose en tout lieu. Mais concrètement ce n'est pas si simple que ça.

Que dire aujourd'hui ? Un peu ce qu'a évoqué Emmanuel Vigneron au début de son intervention : il ne faut plus utiliser le conditionnel concernant les informations précises sur l'état de santé des populations en France. Il y a néanmoins un bémol : on n'a pas suffisamment d'informations au niveau micro local. Je le vois tous les jours avec les maires avec lesquels je travaille puisque tout notre travail de psychiatrie communautaire est fait avec les municipalités. Les maires nous demandent sans arrêt : « *Mais où faut-il intervenir ?* ». Et nous de nous demander : « *Où faut-il mettre les moyens* ».

Pour faire ce diagnostic, il suffirait de mettre en relation les données INSEE, le PMSI<sup>20</sup> et l'offre de soins donnée par la CNAM. Si l'on y parvient, on aura des indications précises sur l'état de santé des populations et la consommation de soins. C'est un chantier que nous devons absolument mettre en œuvre au Conseil national des villes. La santé s'améliorera dans les quartiers difficiles si elle s'améliore dans la ville globalement. Dans les quartiers en difficulté et en politique de la ville, il y a néanmoins nécessité de mettre plus de moyens. Les chiffres sont accablants : il manque de médecins généralistes, il manque de spécialistes et bientôt il manquera de professions de santé.

C'est le même problème en psychiatrie. Quand vous avez 80 % des personnels à l'hôpital, les malades vont à l'hôpital et l'on passe complètement à côté de la question de la prévention, très liée à l'accès aux soins précoces. Il faut le dire : l'image de l'hôpital est encore mauvaise. De ce fait, les personnes arrivent à l'hôpital dans des états dits « catastrophiques » avec des problèmes d'ordre public que vous connaissez dans les villes et dans les cités. Il faut donc d'abord avoir des informations fiables.

Le deuxième aspect qui est apparu aujourd'hui est qu'il faut agir le plus possible sur les déterminants de santé. En 2000, quand je me rendais au siège de l'Organisation Mondiale de la santé à Genève, en tant que directeur du Centre pour la recherche et la formation pour la santé mentale en France et collaborateur de l'OMS, on me disait : "ah, voilà un français," et on m'interrogeait sur le meilleur système de soins au monde qu'était le système français, aux dires de l'OMS. J'étais étonné de cet accueil, et que ce meilleur système de soins soit reconnu internationalement. Je ne sais pas si, dix ou douze ans plus tard, ça l'est encore. J'ai l'impression qu'on était à l'époque vraiment bons, sur l'accès aux soins surtout, grâce à la CMU.

Aujourd'hui, les carences d'accès aux soins sont assez nettes, pas tellement pour les personnes qui bénéficient de la CMU, mais pour celles qui sont dans la tranche de revenus juste au-dessus. On a vraiment l'impression d'un accès difficile aux soins pour les

---

<sup>20</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information.



personnes âgées, les immigrés, les étrangers et les personnes en état de précarité et d'isolement. On a dans ces cas, des catégories à traiter plus spécialement.

C'est un problème grave, d'évoquer 300 tuberculoses pour 100 000 habitants, si l'on ne soigne pas les gens atteints, s'ils n'ont pas accès aux soins pour cette affection, le risque d'extension est alors maximal. Pour les médecins, peu importe l'âge ou l'origine, si l'on a à soigner les gens on les soigne, et quand on les soigne, on risque moins de contagion. C'est tellement évident, mais encore faut-il qu'il y ait un système qui aille vers les populations, c'est-à-dire qui ne soit pas uniquement statique. On attend les patients dans nos consultations, nos dispensaires ou nos hôpitaux, et souvent les plus malades ne se déplacent pas. Il nous faut être mobile. Pour ce faire, il faut vraiment conforter le lien entre le social et le médical. Je vais y revenir.

Le Conseil national des villes a mené deux actions lors du dernier mandat qui étaient, à mon avis, positives. Avec Agathe Cahierre et Luc Ginot, on a réussi à conforter les Ateliers Santé Ville (ASV), quand ils étaient remis en cause. Comme disait Françoise Gaunet-Escarras, il y a évidemment des ASV qui marchent plus ou moins, on le sait, c'est partout la même chose. Mais c'était l'idée de l'ASV qui était à défendre et nous avons réussi à le faire. L'ASV, c'est la possibilité d'avoir, au niveau d'un quartier, une concordance des politiques de prévention, de santé et d'action sociale. Ces ASV doivent intégrer les Conseils Locaux de Santé Mentale. Une journée nationale est organisée à ce propos le 6 janvier 2012 à la mairie de Paris avec le Conseil national des villes, l'association « Élus, Santé publique et Territoires », le CCOMS/EPHM Lille-Métropole et les associations d'usagers en santé mentale. Les conseils locaux pour la santé et la santé mentale doivent pouvoir agir sur les déterminants de santé. Les premiers à nous demander d'intervenir, ce sont les sociétés d'HLM, c'est très clairement les bailleurs en tant que tels. Maintenant, les services de psychiatrie répondent, par le biais des conseils locaux de santé mentale (CLSM), à ces sollicitations et mettent en place des systèmes de concertation qui organisent une veille sociale et sanitaire dans les cités. Pour que cela existe, il faut que la psychiatrie et les HLM se rencontrent. C'est là l'intérêt des CLSM.

Les mieux placés pour mettre en place des coordinations locales qui donnent un accès aux soins directs sont et restent les élus. La multiplication des dispositifs sanitaires, éducatifs, sociaux (jusqu'à cinquante-huit par territoire) exige d'associer les usagers eux-mêmes. Si on ne prend pas en compte leur parole, on n'y arrivera jamais. Favoriser *l'empowerment* des usagers et des habitants est certainement la meilleure des choses à faire en santé, comme pour les autres aspects de la vie sociale.

Les ASV sont un bon système à partir duquel mettre en place des conseils locaux de santé mentale et des conseils de citoyenneté parce que la santé, et la santé mentale, ne peuvent s'améliorer que si leurs déterminants s'améliorent. Ceci nécessite de diminuer la pauvreté, d'augmenter le niveau d'éducation, de perfectionner l'accès aux soins, de combattre l'exclusion. Des dispositifs sociaux sont ainsi nécessaires et je pense que la politique de la ville est un bon catalyseur des politiques publiques.

Il existe une opportunité importante donnée par la loi Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires (HPST) : ce sont les contrats locaux de santé. Il serait vraiment intéressant que les soixante-dix contrats locaux de santé de l'ARS d'Ile de France, soient intégrés à un plan santé et santé mentale, et à la création d'un conseil local de santé et de santé mentale.

C'est à nous de saisir actuellement la possibilité de faire coïncider politiques de la ville et mise en place d'une réelle prévention et d'une action de santé publique au niveau des cités et des villes.

Pour la médecine aussi, il est toujours important de ne jamais différencier santé et santé mentale du fait des problèmes de comorbidité<sup>21</sup> qui existent dans 70 % des cas des maladies. Quand vous ne soignez pas la santé mentale, la santé se dégrade et réciproquement. On ne peut donc pas envisager l'un sans l'autre.

Concernant la démographie médicale : dans cette expérience menée dans le secteur de la banlieue-Est de Lille, ce sont des médecins des hôpitaux qui développent des consultations gratuites – du fait que les consultations de CMP dérivent des consultations d'hygiène mentale (les dispensaires d'hygiène mentale et d'hygiène sociale étaient associés à l'origine). Nous avons huit psychiatres pour 100 000 habitants. Six travaillent presque uniquement sur l'accès aux soins en ville et dans une logique de santé publique. Les diabétologues des hôpitaux pourraient en faire autant : sortir des hôpitaux et mettre en place l'éducation thérapeutique dans les quartiers. Cela devrait être possible pour toutes les disciplines dites sociales ou nécessitant un accès aux soins importants dans les villes. On devrait relier beaucoup plus l'hôpital aux quartiers et le lier avec l'ensemble du dispositif de santé des territoires, sinon on n'arrivera pas à faire plus dans un futur proche.

Sur la géographie de l'offre sanitaire, il est fort peu probable qu'on arrive à forcer les médecins à s'installer là où il faut. Ce sera essentiellement incitatif. Pourtant, en tant que médecin, je pense que nous sommes payés par la collectivité. C'est comme si les forces de l'ordre disaient qu'elles ne veulent pas aller dans un quartier précis car il est trop dangereux, les professeurs de même, le gaz, l'électricité, la même chose. Il y a quelque chose d'incroyable dans le terme de médecine libérale. Je n'utilise pas ce mot car pour moi, ce sont des médecins salariés à l'acte et ce sont les seuls qui arrivent à augmenter de manière unilatérale ces actes par le biais du secteur II et du dépassement d'honoraires. Cela n'existe dans aucune profession. Impossible, pour la Fonction publique, de faire cela avec ses employés.

Le public est donc régi par des conventions collectives. Je pense qu'on pourrait donner les émoluments et le statut de Praticien Hospitalier (PH) reconvertis en praticiens de service public aux jeunes médecins qui souhaiteraient s'installer dans les quartiers difficiles. La culture médicale a fortement changé ces dernières années. Les jeunes médecins ne veulent plus travailler jusqu'à douze heures par jour ; la profession s'est aussi féminisée. On peut comprendre cette aspiration à pouvoir bien vivre en dehors de la profession.

La démographie ne peut s'améliorer dans les quartiers qu'à condition qu'il y ait une politique nationale, une politique globale.

François Pupponi, Agathe Cahierre, Luc Ginot et moi-même avons obtenu, par le biais du CNV que les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) soient signés par les ARS. Seul petit bémol, sur les neuf CUCS expérimentaux actuellement signés, la santé a souvent été oubliée. C'est néanmoins ce problème là qui est partout souligné dans les quartiers. Les habitants l'expriment nettement. Le CNV est donc là pour attirer l'attention sur le 5<sup>ème</sup> pilier de la politique de la ville et il continuera à le faire.

Autre problème, le fait que les maires n'ont pas, et cela a été dit à plusieurs reprises, lors cette journée, la compétence santé, sauf pour l'hygiène publique et la prévention. Il ne s'agit pas d'avoir une compétence santé pour devenir le payeur, ce n'est pas ce qui est demandé.

---

<sup>21</sup> La comorbidité désigne la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire ; l'effet provoqué par ces troubles ou maladies associés. En psychiatrie, la comorbidité est la présence simultanée de plusieurs diagnostics. Elle n'implique pas nécessairement la présence de multiples maladies mais l'impossibilité d'émettre un seul diagnostic.

Mais, il a vocation à s'occuper de la santé de la population qu'il a en charge. Le maire est le seul qui peut mobiliser toutes les parties prenantes de la santé car il a un véritable pouvoir de sensibilisation qui est bien utile dans un champ aussi fragmenté et morcelé que le champ sanitaire et social.

Enfin, toutes les politiques mises en place pour la santé au niveau de la politique de la ville, sont volontaristes et dépendent des personnes en présence. Il n'y a pas de vraie politique d'ensemble mais nous sommes de plus en plus nombreux à y œuvrer.

Nous essayons tous d'améliorer le système à notre niveau. Aujourd'hui, tous les indicateurs concordent. Nous sommes documentés sur les états de santé des populations, pas assez certainement, au niveau micro-local, mais bien documentés. On sait exactement ce qui marche en matière de santé et de santé mentale. On sait où sont les besoins, on connaît quelques solutions.





PARUTIONS  
RÉCENTES

. « Des « effets de quartier » à la politique de la ville. Perspectives internationales »

Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le comité interministériel des Villes, 24 novembre 2011

. « Comment débattre des nouvelles technologies ? »

Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le conseil général de l'Industrie, de l'Énergie et des Technologies, 8 novembre 2011

. « La croissance de demain »

Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le conseil d'Analyse économique et le CEPII, 12 septembre 2011

. « Le vieillissement des sociétés : un défi pour les politiques publiques. Regards croisés Allemagne – France »

Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec la Fondation Konrad-Adenauer, 29 juin 2011

. L'« impératif participatif » dans la politique de la ville en France et à l'étranger

Kiosque-Séance 2, Centre d'analyse stratégique, 27 juin 2011

. « Du 'dénier des cultures' au défi de la diversité »

Kiosque-Séance 1, Centre d'analyse stratégique, en partenariat avec le conseil national des Villes, 27 avril 2011

. « Croissance et déséquilibres mondiaux. Approches chinoises et européennes »

Colloque, Centre d'analyse stratégique en collaboration avec l'université Paris-Dauphine, le CEPII et le Shanghai Advanced Institute of Finance (université Jiao-Tong), 23 mai 2011

. « Incitations comportementales et environnement »

Colloque, Centre d'analyse stratégique, 9 mars 2011

Les Actes de colloque du Centre d'analyse stratégique  
sont disponibles sur

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr), rubrique Publications

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  Internet : [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)
-  Facebook : [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  Twitter : [Strategie\\_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)