

# Assises de l'Offre de Soins

## Sommaire

<b>Allocution de bienvenue</b>	<b>3</b>
Professeur Jean-Loup SALZMANN	3
Président de l'Université Paris XIII	3
<b>Ouverture des Assises</b>	<b>4</b>
Pierre ALBERTINI	4
Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie	4
Docteur Edgard FELLOUS	6
Président du Conseil départemental de l'ordre des médecins	6
Claude EVIN	8
Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France	8
Claude BARTOLONE	10
Président du Conseil général, Député de la Seine-Saint-Denis	10
<b>Etat des lieux de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis : les données disponibles, les données manquantes, le ressenti des acteurs, le projet de cartographie de la santé</b>	<b>14</b>
<b>Données de cadrage</b>	<b>14</b>
Philippe PEPIN	14
Démographe, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France	14
<b>Synthèse des groupes de travail</b>	<b>16</b>
Michèle VINCENTI	16
Conseil général	16
Jeanne-Marie AMAT-ROSE	18
Géographe de la santé à l'Université Paris XII	18
<b>Table ronde</b>	<b>20</b>
<b>Débats et échanges avec la salle</b>	<b>32</b>
<b>Conclusions</b>	<b>37</b>
Michel FOURCADE	37
Conseiller général délégué à la santé	37
<b>Quelles recommandations, quelles préconisations pour l'accès aux soins de la population de Seine-Saint-Denis ?</b>	<b>39</b>
<b>Les pistes d'amélioration de l'offre de soins</b>	<b>39</b>
Christophe DEBEUGNY	39
<b>Synthèse des groupes de travail</b>	<b>40</b>
Michèle VINCENTI	40
Conseil général	40

<b>Table ronde</b>	<b>43</b>
<b>Débats et échanges avec la salle</b>	<b>55</b>
<b>Conclusion</b>	<b>61</b>
Pierre LAPORTE	61
Vice-président du Conseil général, Président de la conférence de territoire de Seine-Saint-Denis	61
<b>Compte rendu réalisé par la société AB Report</b>	<b>63</b>
<b>Liste des sigles</b>	<b>64</b>

## Allocution de bienvenue

**Professeur Jean-Loup SALZMANN**  
*Président de l'Université Paris XIII*

Bienvenue à l'Université Paris XIII et à sa faculté de médecine SMBH.

L'Université a plusieurs missions.

Tout d'abord, elle a une mission de recherche, notamment de recherche fondamentale d'étude des maladies et de recherche plus appliquée, par exemple trouver des traitements. Elle a également pour mission de comprendre pourquoi certains malades ne suivent pas leur traitement. Le rôle de l'Université est enfin de comprendre les mécanismes de précarité qui empêchent toute une partie de la population d'avoir accès aux soins.

La deuxième mission d'un CHU est de délivrer des soins. Nos trois hôpitaux nous permettent ainsi de recevoir les malades.

Enfin, nous avons une mission de formation médicale. Il n'est pas possible de parler de formation des médecins sans parler des jeunes de Seine-Saint-Denis qui souhaitent faire des études médicales et s'installer comme médecins.

Il nous faut avoir une réflexion sur les études médicales et notamment sur le couperet de la première année de médecine, que j'estime imbécile, même si j'ai dû l'appliquer en tant que responsable de cette première année pendant dix ans. Ce *numerus clausus* mis en place en 1974 est, aujourd'hui, un modèle à bout de souffle. Nous avons essayé de le repenser avec la PAES, mais nous nous apercevons que cette réforme est un échec. Peut-être devrions-nous nous inspirer des exemples étrangers. Les études de médecine y sont intégrées au parcours universitaire. Ce choix permet de recevoir en médecine des étudiants qui ont fait de la philosophie, des sciences dures ou de la biologie. Je vous rappelle que, dans les années 70/80, la Faculté de Bobigny tenait le rôle de pionnière. Elle avait notamment reçu en première et deuxième années de médecine d'anciennes infirmières, d'anciennes sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes. Elle avait mis en place l'enseignement des sciences de l'Homme et de la société, de l'histoire de la médecine, de la santé publique, de l'anthropologie, de la sociologie, c'est-à-dire des disciplines qui n'étaient pas enseignées en médecine.

Malheureusement, un travers bien français veut que, lorsqu'une expérience fonctionne, elle soit récupérée et dénaturée. Nous avons perdu petit à petit ces spécificités par jacobinisme éducationnel. Le problème de la première année et de la sélection se pose donc toujours. Un constat terrible s'ensuit : les victimes de ce système, c'est-à-dire les étudiants, sont ceux qui, une fois qu'ils en sont sortis, en sont les plus fervents défenseurs.

J'aborde cette question en introduction, parce que l'offre de soins dépend des professionnels de santé, qui doivent être formés. Si nous voulons avoir des médecins en Seine-Saint-Denis, il faut peut-être que les étudiants de Seine-Saint-Denis y soient formés.

Telles sont, en introduction, les pistes de réflexion que je souhaitais vous soumettre.

## **Ouverture des Assises**

**Pierre ALBERTINI**

*Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie*

Je souhaiterais préciser que c'est parce que j'ai confiance dans la compétence, la justesse d'analyse et la rigueur des organisateurs de cette manifestation que j'ai accepté de prendre parole en premier, en qualité de Directeur général de la Caisse primaire de Seine-Saint-Denis. En effet, au regard de la loi de juillet 2009 qui détermine les compétences confiées aux Agences régionales de santé (ARS), le rôle et la capacité de l'Assurance Maladie à s'exprimer et à agir sur la problématique de l'offre de soins pourraient être questionnés. Je rappellerai donc pourquoi l'Assurance Maladie a toute sa place au sein de ces Assises.

Tout d'abord, je me permettrai de vous exposer quelques spécificités de la Seine-Saint-Denis. Notre département est le 3<sup>ème</sup> d'Ile-de-France par sa population, mais il présente le revenu moyen par habitant le plus faible, lequel est inférieur de 30 % à la moyenne régionale. Cet aspect doit être pris en compte quand il s'agit de la problématique de l'accès aux soins. La précarité financière se traduit directement dans la structure de la couverture sociale, avec 170 000 bénéficiaires de la CMU, soit plus de 13 % de la population du département. La Seine-Saint-Denis présente ainsi un taux de bénéficiaires deux fois supérieur à celui de la moyenne nationale. Quant à l'aide médicale d'Etat (AME), elle concerne 40 000 bénéficiaires, soit 2,5 % de la population. Notre département présente les indicateurs de santé les plus défavorables de la région sur un certain nombre de champs : l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile, le taux standard de mortalité par cancer, la prévalence forte de certaines pathologies chroniques comme le diabète. L'Assurance Maladie a d'ailleurs engagé à ce sujet un projet ambitieux, appelé SOPHIA.

Ce constat peut néanmoins être contrebalancé par quelques éléments positifs. La Seine-Saint-Denis peut se prévaloir d'indicateurs plus favorables, en particulier :

- Ses taux de natalité et de fécondité la placent ainsi au premier rang aux niveaux régional et national.
- Ses taux de participation au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal pour les femmes la situent dans les premiers rangs en Ile-de-France.

En ce qui concerne l'offre de soins, je rappellerai que la Seine-Saint-Denis a une offre de soins libérale inférieure à la moyenne régionale. Notre département a la plus faible densité de la région pour les omnipraticiens, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes. De ce point de vue, les projections démographiques à moyen terme sont préoccupantes, si nous n'arrivons pas à corriger cette tendance marquée. Je salue d'ailleurs l'investissement des professionnels de santé qui interviennent au quotidien dans un contexte souvent difficile pour fournir une offre de soins de qualité malgré une importante charge de travail.

La couverture proposée dans les établissements de santé paraît, en revanche, plutôt satisfaisante, même si elle doit poursuivre sa recomposition dans une logique d'efficacité. Cependant, un examen plus fin révèle d'importantes disparités entre le champ du sanitaire et le domaine du

médicosocial. L'offre de ce secteur reste insuffisante en particulier pour les personnes âgées, les handicapés et le secteur de l'enfance.

Je terminerai en soulignant la place particulière des 68 centres de santé et de la soixantaine de centres PMI du département. Ils jouent, chacun dans leurs registres respectifs, un rôle majeur dans la prise en charge et l'accès aux soins des populations précaires et des jeunes enfants.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'action de la Caisse primaire guidée par les valeurs cardinales de l'Assurance Maladie : la solidarité et l'égalité d'accès aux soins. Je souhaite insister sur l'enjeu fondamental qu'est l'accès aux soins. En effet, l'offre de soins ne peut être évaluée de façon pertinente qu'en relation avec le besoin en soins de la population et l'accès réel de celle-ci à l'offre disponible.

Le rôle de l'Assurance Maladie dans l'accès aux soins reste central. Elle agit pour garantir à chaque assuré social, selon ses besoins, les soins utiles qui nécessitent une prise en charge par notre système obligatoire, solidaire et universel. L'Assurance Maladie prend en charge plus des trois quarts des dépenses de soins de la population. Elle garantit à chaque citoyen, sans distinction d'âge, de revenus ou d'état de santé, l'accès à des soins de qualité et un droit à des prestations identiques sur tout le territoire.

L'Assurance Maladie porte une attention particulière aux populations les plus fragiles et les plus éloignées des systèmes de soins. L'Assurance Maladie est un outil précieux qu'il convient de défendre et de préserver. La convention conclue entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour la période 2010-2013 place l'assuré social, le citoyen au cœur de ses projets.

Les objectifs majeurs sont, tout d'abord, de garantir l'accès aux soins des assurés sociaux et de réduire les inégalités de santé. La réalisation de cet objectif passe par un accès facilité à la CMU ainsi qu'à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé : le chèque santé. Ce dispositif reste trop peu répandu à ce jour. Cet ensemble a vocation à diminuer fortement les contraintes financières qui pèsent sur les populations les plus fragilisées socialement et à réduire les obstacles économiques qui limitent trop souvent l'accès précoce au système de soins et aux dispositifs de prévention.

Le deuxième objectif est de renforcer l'information de l'assuré sur l'offre de soins, car il ne suffit pas que l'offre existe. Il faut également qu'elle soit connue et identifiée par les patients de façon objective. Pour cette raison, l'Assurance Maladie entend promouvoir, notamment grâce à son portail internet, une information générale dans le domaine de la santé sur la qualité et le bon usage des soins. Elle développera en parallèle une offre sur le champ de la prévention. Il s'agira au final de permettre l'orientation des patients et de faciliter la compréhension des enjeux d'un meilleur usage du système de soins.

Nos actions doivent également poursuivre un autre axe directeur, à savoir offrir aux assurés sociaux un accompagnement tout au long de leur vie. L'Assurance Maladie entend développer des parcours clients, c'est-à-dire des offres au niveau local spécifiques et personnalisées, adaptées par exemple aux femmes enceintes, aux assurés souffrant de pathologies chroniques, aux étudiants finissant leurs études, aux travailleurs perdant leur emploi, etc.

Dans notre cadre stratégique, qui déterminera notre action jusqu'en 2013, nous nous sommes fixés comme objectif premier de permettre l'accès aux droits et aux soins de l'assuré. Par exemple, il importe de mieux identifier les personnes qui ne font pas valoir leurs droits ou ne sollicitent pas le

renouvellement de ceux-ci, en partenariat avec les centres de santé, les établissements de santé volontaires et la Caisse d'allocations familiales (CAF).

Nous souhaitons en outre informer les publics précaires de façon spécifique avec une information ciblée sur l'aide à la complémentaire santé pour les bénéficiaires du RSA. Cette action se fera en partenariat avec les CAF et le Conseil général *via* une offre aux personnes identifiées au titre de la prévention ou de l'aide à l'insertion professionnelle.

Nous souhaitons favoriser une offre de soins accessible financièrement à toutes les populations. Celle-ci passe aussi par l'accompagnement approprié des professionnels de santé auxquels nous souhaitons faciliter les démarches d'installation dans le département. Il existe des dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien de l'exercice, dans le cadre des conventions signées par les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

En résumé, j'ai souhaité vous faire part de la volonté de la Caisse primaire de contribuer à renforcer notre offre de soins départementale et à rendre plus attractive la Seine-Saint-Denis. L'Assurance Maladie peut apporter sa pierre à l'édifice par sa connaissance des professionnels de santé, des établissements, mais aussi des assurés sociaux, de leurs besoins et de leur mode de consommation des soins.

Nos missions historiques sont en résonance avec les problématiques actuelles d'accès aux soins. Nous entendons innover pour renforcer ces missions et les adapter à nos publics, aux outils modernes d'information et de communication ainsi qu'aux besoins spécifiques de nos territoires.

Je terminerai en vous exprimant ma conviction que nous sommes aujourd'hui réunis parce que nous partageons un même but : tout mettre en œuvre pour proposer à la population de Seine-Saint-Denis une offre de qualité adaptée à ses besoins, géographiquement et économiquement accessible, qui permette de garantir le droit fondamental d'égalité d'accès à notre système de soins.

Je vous remercie.

**Docteur Edgard FELLOUS**  
*Président du Conseil départemental de l'ordre des médecins*

Récemment, au cours de nombreuses instances, les mêmes questions nous ont été posées : *Quid* de la démographie médicale ? Qu'en pensons-nous ? Quelles solutions sont-elles envisageables ? Chaque fois, nous avons ébauché des solutions et essayé d'être à la hauteur de la demande. Aujourd'hui, la question posée est celle de l'offre de soins. Deux attitudes sont ici envisageables :

- soit, avec lassitude, nous constatons qu'est à nouveau organisée une réunion sur l'offre de soins – un sujet que nous connaissons bien ;
- soit, nous estimons que la répétition est un moyen de faire connaître notre point de vue auprès de nos décideurs afin que ces derniers puissent apporter une solution à ce problème difficile.

Je reprendrai donc ce jour mon bâton de pèlerin pour énoncer quelques vérités, mais aussi donner quelques chiffres.

- Oui, la démographie médicale est en baisse dans notre département.
- Oui, la situation s'est aggravée de façon exponentielle en Seine-Saint-Denis.
- Oui, il est difficile aujourd'hui de trouver un successeur, un remplaçant.
- Non, ne se pose pas uniquement un problème financier ou de sécurité, mais un problème plus général d'organisation de la médecine et lié à l'exercice médical.

J'exposerai également quelques chiffres pour illustrer la situation. Le premier a trait à la balance des sorties et des entrées. En effet, pour exercer en Seine-Saint-Denis, un professionnel doit s'inscrire à l'Ordre des médecins ; à l'inverse, ceux qui veulent quitter le département ou partir à la retraite se désinscrivent. La balance annuelle des mouvements de médecins précise ainsi l'offre de soins de notre département. En 2008, la balance globale, c'est-à-dire l'ensemble de l'exercice médical des salariés, des libéraux et des remplaçants, était positive (+12). En revanche, un écart négatif était enregistré pour les libéraux (-22) – un chiffre important, dès lors que le secteur libéral permet un maillage du département au plus près de la population. En 2009, alors que le solde global était toujours positif (+26), il était négatif pour les libéraux (-57). En 2010, le solde global était également négatif (-17), de même que pour les libéraux (-33), ce qui signifie que le nombre d'inscriptions de salariés ne permettait plus d'enrayer la chute enregistrée dans le secteur libéral. Durant les six premiers mois de 2011, le solde était négatif tant au global (-33) que dans le secteur libéral (-19). Au total, en trois ans et demi, le département a perdu 131 médecins libéraux.

Nous observons, en outre, une augmentation des remplaçants. A ce sujet, un constat s'impose. Si certains professionnels sont remplaçants à temps plein, il arrive que des médecins dévissent leur plaque pour devenir remplaçants. Ce constat pose la question du statut de remplaçant, lequel présente beaucoup d'avantages et peu d'inconvénients. Le problème est qu'il est difficile d'inclure le remplaçant dans une politique globale. En effet, dans les études de la population médicale, il est difficile d'intégrer cette catégorie dont l'évolution et la localisation sont très aléatoires. Cette recrudescence nous inquiète donc.

Une autre raison d'inquiétude est liée aux étudiants. Le Conseil de l'Ordre a mené une étude avec la Faculté de médecine portant sur les étudiants quittant le département. Nous avons étudié cinq promotions d'étudiants en sixième année de 1998 à fin 2002. Sur ces 426 étudiants, 178 habitaient en Seine-Saint-Denis. Dix ans plus tard, seuls 78 d'entre eux sont aujourd'hui inscrits dans le département. Nous avons choisi d'attendre dix années afin de laisser le temps aux étudiants de terminer leur formation, puis de s'installer. Par ailleurs, parmi ceux qui n'habitaient pas en Seine-Saint-Denis, mais qui y ont étudié, seuls 24 exercent en Seine-Saint-Denis dix ans plus tard. Force est de constater que, sur une cohorte de 426 étudiants, seulement 102 médecins exercent en Seine-Saint-Denis dix ans plus tard. Nous devons nous interroger sur ces chiffres. L'inquiétude née de ces travaux nous pousse à agir auprès des jeunes médecins pour qu'ils restent dans notre département, d'autant que ces étudiants, qui ne viennent pas du département, viennent d'Ile-de-France. De fait, pourquoi ne s'installent-ils pas chez nous ?

J'en viens à une note plus positive : la permanence de soins fonctionne ainsi en Seine-Saint-Denis grâce à différents acteurs : le SUR, les hôpitaux publics et privés et cinq maisons médicales de gardes. Ces maisons, situées à Saint-Denis, Aulnay, Noisy-le-Sec, Bobigny / Drancy et Montreuil, montrent bien la volonté de l'ensemble des acteurs de la santé de continuer à s'impliquer et à être présents, et ce alors que la majorité des médecins ne prennent plus de garde. Lorsqu'en septembre 2003, les décrets sur la permanence des soins ont été publiés, il a fallu convaincre les médecins de se remettre à la permanence des soins. Aujourd'hui, une solution a été trouvée avec les maisons

médicales de gardes qui fonctionnent les dimanches et les jours fériés, répondant ainsi aux besoins. Des éléments de sécurisation permettent à une majorité de médecins de participer à ces permanences.

Je suis persuadé qu'à ce jour, les autorités nationales, régionales et départementales sont impliquées dans la bataille pour l'offre de soins. Sur ce sujet important, le Conseil de l'Ordre est prêt à continuer de travailler, mais le temps presse en la matière.

### **Claude EVIN**

#### ***Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France***

Nous sommes réunis ce jour pour échanger autour de l'offre de soins. En tant que Directeur général de l'Agence régionale de santé, j'aurais souhaité que nous parlions de l'offre de santé. Cette question n'est pas seulement sémantique. Nous avons à prendre en compte l'état de santé d'une population et, à cet égard, l'offre de soins est un élément important. Pour autant, ces deux variables ne sont pas toujours corrélées. La prévention joue également. Nous savons aussi que les inégalités de santé sont corrélées aux inégalités sociales. Le système de santé seul ne peut pas apporter des réponses aux situations sanitaires rencontrées par nos citoyens. Une démarche globale doit être mise en œuvre, l'offre de soins n'étant qu'un des éléments d'une problématique plus vaste. Il est de notre responsabilité d'appréhender cette question dans toute sa complexité.

Nous sommes sortis du cloisonnement de la gouvernance de l'ensemble des questions de santé, pour rassembler l'ensemble des questions de santé sous l'autorité d'un même établissement public : l'Agence régionale de santé. Ses prérogatives vont de la veille de la sécurité sanitaire, aux questions de prévention et de promotion de la santé. Elle aborde aussi l'offre de soins ambulatoires, le soutien à l'installation des professionnels de santé, la coordination des établissements de santé publics et privés, ainsi que la prise en charge médicosociale des personnes âgées et handicapées.

Afin de vous exposer nos préoccupations actuelles, je souhaiterais vous présenter le Projet régional de santé. Jusqu'à maintenant, le seul document organisant une démarche régionale était le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui se limitait aux questions d'offre de soins hospitaliers publics et privés. La démarche de Projet régional de santé consiste à définir une orientation globale de la politique de santé dans la région à partir d'un diagnostic, que nous avons commencé à réaliser. Le Projet régional de santé comportera :

- un Plan stratégique régional de santé, qui servira de document d'orientation ;
- trois schémas : un schéma régional de prévention, un schéma régional d'organisation des soins ambulatoires et un schéma régional médicosocial ;
- des programmes : un programme de gestion du risque, un programme de médecine, un programme d'investissements dans le domaine médicosocial.

Cette démarche a commencé avec l'élaboration du Plan stratégique régional de santé, en concertation avec les communes, les départements, le Conseil régional, le préfet de région et la Conférence régionale santé et autonomie (CRSA). Vous pourrez en prendre connaissance sur le site de l'Agence régionale de santé une fois les concertations terminées. Je souhaiterais, d'ores et déjà, en donner quelques éléments afin d'alimenter les débats de la journée.

L'Ile-de-France a globalement un excellent état de santé comparativement à l'ensemble des régions. Les indicateurs de santé sont bons et l'offre de soins est globalement bonne. En revanche, l'analyse plus précise d'un certain nombre de territoires et de populations fait ressortir d'importantes inégalités de santé au sein de la région. Ces indicateurs globalement bons trahissent ainsi des inégalités d'autant plus fortes, que l'Agence régionale de santé souhaite réduire. Pour cela, il nous faut concentrer notre action sur ces territoires et ces populations qui sont les plus en difficulté.

L'étude d'un certain nombre d'indicateurs révèle ainsi des signes préoccupants. L'Ile-de-France est la première région pour la tuberculose. La prévalence du VIH/SIDA y est très développée : plus de 50% des nouveaux cas déclarés sont dans notre région. À l'intérieur de la région, nous constatons aussi une prévalence particulière. Nous voyons émerger dans le département de Seine-Saint-Denis une situation sanitaire beaucoup plus dégradée que dans d'autres territoires. La mortalité infantile plus élevée que dans d'autres régions constitue un autre sujet de préoccupation. Les indicateurs montrent que notre région est aussi à la traîne pour les cancers du sein et du poumon chez la femme.

Nous devons combattre ces inégalités, mais l'Agence régionale de santé n'est pas la seule concernée. En effet, il existe une corrélation prouvée entre les inégalités sociales, les inégalités de logement, les inégalités liées au travail et les inégalités de santé. Pour cette raison, l'Agence régionale de santé a décidé de créer des indicateurs d'interpellation des politiques publiques. Avant qu'une action ne soit menée aussi bien en matière d'urbanisme, que dans la politique de transport ou de l'emploi, nous devons nous interroger sur l'impact de ces politiques sur la santé de la population – une démarche peu courante en France, mais nécessaire sur le long terme.

Par ailleurs, notre système de santé connaît une évolution considérable des besoins de santé de la population avec la montée des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Cette évolution aura un tel impact qu'il faudra réorganiser l'ensemble du système de santé. Une maladie chronique nécessite d'organiser un *continuum* dans la prise en charge. Elle implique aussi de la prévention en amont et de l'éducation thérapeutique. Le traitement d'une maladie chronique nécessite un dépistage, un diagnostic, une prise en charge ambulatoire, un passage éventuel dans un établissement de santé, le recours à un établissement de services de soins et de réadaptation, un établissement médicosocial s'il s'agit d'une personne âgée ou handicapée, un retour à domicile, etc.

L'Assurance Maladie évalue qu'en 2015, 12 millions d'assurés sociaux seront atteints par une affection de longue durée et que, dans les années à venir, le nombre de personnes âgées dépendantes sera multiplié par deux. Nous ne pouvons plus avoir un système de soins organisé de manière cloisonnée. La prise en charge d'un patient dans la durée nécessite une appréhension globale de celui-ci.

Pour ces raisons, dans nos orientations, nous préconisons d'organiser un parcours de santé du patient. Ce parcours doit être lisible et accessible. Par « accessible », j'entends une organisation complémentaire de premier recours dans l'urgence, puis organisée et graduée pour l'offre de soins programmés. Nous ne pouvons plus travailler en silo : la qualité de notre service nécessite une complémentarité.

Certaines situations doivent être traitées de manière spécifique. A ce titre, je souhaite évoquer deux points. D'une part, si nous voulons répondre aux demandes de soins en premier recours, il nous faut renforcer l'offre de soins ambulatoires. Or l'Ile-de-France compte des déserts médicaux d'une part dans des territoires ruraux, mais aussi dans des territoires très urbains, notamment en Seine-Saint-Denis. Cette situation nous préoccupe. L'Agence régionale de santé souhaite contribuer à

l'installation de professionnels de santé. La liberté d'installation n'a pas été remise en cause. Nous devons, comme Monsieur Fellous l'a souligné, faire face à un problème d'organisation de l'exercice professionnel. Une réflexion doit avoir lieu sur l'organisation de la sécurité des professionnels, mais aussi sur l'aspiration des jeunes professionnels à de nouvelles manières d'exercer. Ce dernier besoin doit être intégré dans nos réponses, notamment avec le support à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles. Je souhaite avancer dans ce sens en coopération avec les collectivités locales. Je ne souhaite cependant pas oublier les modes d'exercice qui existent déjà, notamment les centres de santé, lesquels assurent un service de médecine globale. D'autre part, j'évoquerai la question de l'offre de soins hospitalière. La Seine-Saint-Denis est un département particulier de ce point de vue dès lors que ce département compte des établissements de l'Assistance publique et des établissements privés. Ces derniers pratiquent souvent des tarifs opposables. L'offre hospitalière mérite d'être davantage mise en réseau, coordonnée. J'ai maintes fois insisté auprès de la Direction générale de l'Assistance publique pour que le CHU93 et les autres établissements publics puissent développer en synergie une offre d'enseignement et renforcer leur offre de soins hospitalière autour du CHU. Je souhaite que l'Assistance publique puisse développer sa coopération avec les établissements hors Paris.

Pour finir, je souhaiterais évoquer ma volonté de conduire cette action en partenariat avec les différents acteurs compétents et notamment les collectivités territoriales. Ainsi, le Conseil général s'est engagé dans la lutte contre la tuberculose et d'autres enjeux de santé. Par ailleurs, avec les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale, je souhaite développer des partenariats au travers de contrats de proximité qui offrent des actions de prévention et une offre de soins. Actuellement, 18 contrats locaux de santé sont en cours de négociation en Seine-Saint-Denis, soit le quart de la cible régionale. Leur finalisation sera une manière de concrétiser ce partenariat, de protéger et d'améliorer l'état de santé des habitants de Seine-Saint-Denis.

### **Claude BARTOLONE**

*Président du Conseil général, Député de la Seine-Saint-Denis*

Je commencerai par remercier Mr Jean-Loup Salzmann, Président de l'Université Paris 13 pour son accueil, Monsieur le Directeur général de l'Agence Régionale d'Ile-de-France, Claude Evin, Monsieur le Directeur général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Pierre Albertini, Monsieur le Conseiller général délégué à la santé, Michel Fourcade, Mesdames et Messieurs les représentants des ordres professionnels, Mesdames et Messieurs, merci de nous avoir rejoints pour cette occasion si importante.

Je remercierai ensuite tous les participants aux ateliers de travail qui vont se tenir, organisés dans le cadre de ces assises.

Je saluerai le Service de la Prévention et des Actions Sanitaires pour le travail de longue haleine qu'il a fourni ces six derniers mois et dont il peut aujourd'hui observer la réussite. Je suis sûr que les docteurs Christophe Debeugny et Michèle Vincenti savourent à juste prix le résultat de tous leurs efforts.

Je saluerai une nouvelle fois ta présence cher Claude en tant que Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France à l'occasion de ces assises, laquelle j'espère marquera le début d'une collaboration réussie.

La crise de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis est en train de s'aggraver. La récente mobilisation des professionnels de santé à Pierrefitte-sur-Seine, survenue à la suite de plusieurs agressions, en est un signe supplémentaire. Notre réunion, ce jour, est un moment important pour les habitants de Seine-Saint-Denis et pour l'avenir de la santé publique en général. Nous avons besoin d'un changement profond.

Depuis le printemps 2010, les nouvelles Agences régionales de santé créées par la loi HPST de 2009 ont la pleine compétence des soins ambulatoires et hospitaliers. Elles ont donc vocation à organiser la médecine territoriale de demain. Nous sommes entrés dans l'ère des territoires de santé, ce qui constitue une chance pour la Seine-Saint-Denis dont les spécificités vont enfin connaître le traitement qu'elles méritent. L'ancienne gouvernance n'a pas apporté de réponses satisfaisantes aux maux qui affligent nos populations. La réussite d'une réforme se mesure à l'aune de sa capacité à servir l'intérêt général dans le respect de l'équité.

Aujourd'hui, la question reste la même pour les acteurs de la santé. Comment offrir à tous les habitants de Seine-Saint-Denis un accès à des soins de qualité ? Comment reconstruire le lien entre les professionnels de santé et la population ?

L'Ile-de-France est un territoire de contrastes, où la plus grande richesse et la plus grande précarité se côtoient. Sur ce territoire, il existe de nombreuses pathologies compliquées à prévenir et à combattre. La Seine-Saint-Denis est souvent stigmatisée alors qu'elle possède aussi des atouts. Notre département est le plus jeune et le plus pauvre de France métropolitaine. La population a un taux de dépendance élevé dû à des conditions de vie difficiles, malgré l'industrialisation. C'est pourquoi la Seine-Saint-Denis attend beaucoup de cette réforme de la santé publique. Quant à moi, j'attends de ce partenariat avec l'Etat un dynamisme nouveau, des moyens, de l'ambition, de la volonté et un souci d'équité.

Certes la région Ile-de-France est en avance, mais des inégalités énormes sont observées. Au niveau de la région, notamment pour Paris *intra muros* avec la présence de l'APHP, la moyenne régionale des indicateurs de santé donne une impression de confort. Malheureusement, la barrière psychologique du périphérique est encore bien présente. Il suffit de passer cette frontière pour perdre en moyenne une année d'espérance de vie. Cet exemple illustre parfaitement les disparités qui existent entre la moyenne régionale et les spécificités territoriales.

La planification sanitaire qui doit être mise en place s'inscrit dans l'objectif national de l'Assurance Maladie (ONDAM). Il est vrai qu'avec un ONDAM particulièrement serré depuis 2009, la réalisation des objectifs de santé déterminés par la loi ne sera pas aisée. Le statut de notre département sur la question de l'organisation des soins est singulier en Ile-de-France, ce dont le Conseil général a conscience, comme en attestent ses dépenses médicosociales, dans un contexte de crise de la couverture maladie, ou son action sanitaire pour la protection maternelle et infantile. Cette crise se fait sentir par des tensions financières pour les établissements de santé et des restructurations hospitalières qui entraînent une réduction des lits d'hospitalisation.

En ce qui concerne les effectifs médicaux, nous constatons que la pénurie touche certains quartiers de nos villes. Elle intéresse tous les professionnels de santé, parce que l'insécurité les conduit

parfois à fuir des zones, qui sont souvent celles où les besoins de la population sont les plus importants et les plus urgents. La Seine-Saint-Denis a ainsi la plus faible densité de médecins libéraux de premier recours. Ces questions sanitaires ne peuvent pas être traitées indépendamment des questions de précarité. Une réunion était organisée, la veille, à l'Hôtel de Ville de Paris, afin de faire le lien entre la situation des populations immigrées et roms, et les difficultés face à l'hébergement d'urgence. La question est globale : conditions de la naissance, accueil de la petite enfance, hébergement et conditions de travail. En Seine-Saint-Denis, nous sommes particulièrement conscients de cette articulation. Pour nous, l'enjeu est lié à l'attractivité du territoire et à la réduction des inégalités – un travail qui n'est pas toujours facile.

Dans ce domaine, à force de persévérance et d'intelligence, nous pourrions parvenir à des résultats. Nous ne pouvons pas nous satisfaire du développement des inégalités dans l'accès aux soins. Nous sommes attachés à un grand service public de la santé. Pour ces raisons, nous attendons beaucoup de ce partenariat avec l'Agence régionale de santé. Le Conseil général n'a pas de compétence propre dans l'organisation de l'offre de soins, mais ce sujet le concerne au premier chef. Je tiens ici à saluer tous les agents dont le travail permet une action sociale de qualité dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Les mesures prises en Seine-Saint-Denis en faveur de l'offre de soins sont animées par le souci d'améliorer le quotidien de nos concitoyens et de donner leur chance à chacun des habitants du département, parce que la santé est un facteur décisif pour l'égalité des chances réelles.

Le renforcement de la démographie médicale constitue un enjeu de premier ordre, auquel nous nous sommes attelés dès 2008. Nous y consacrons 250 000 euros sous la forme d'une subvention à la création d'une préparation publique au concours de première année de médecine. Nous attribuons également une bourse de 10 000 euros aux internes en médecine, qui s'engagent à travailler dans les services du Conseil général. Nous devons effectivement favoriser les études de médecine et inciter l'installation sur notre territoire des professionnels de santé pour combattre la désertification médicale.

Pour avoir une médecine territoriale digne de ce nom, les professionnels doivent habiter et connaître le territoire. C'est dans cet objectif que nous avons lancé un plan de recrutement des professionnels de santé pour nos services et en particulier dans le service de protection maternelle et infantile.

L'attractivité conditionne aussi la réussite de notre action. Nous faisons en sorte que l'offre de soins existante et la qualité des prestations soient connues des habitants et des professionnels de santé. Pour cela, nous nous reposerons sur l'expertise d'un Observatoire de l'offre de soins.

De même, afin de mieux évaluer les besoins de la population et leur évolution, nous avons développé le volet préventif de l'action médicale, qui était l'objet de la mission Solidarité Insertion Santé menée par le Service de la prévention et des actions sanitaires du Conseil général.

Tels sont les engagements que je porte en tant que Président du Conseil général de Seine-Saint-Denis, au nom de l'assemblée que je représente.

Il va sans dire que notre action ne se fera pas de manière isolée. Nous savons bien que la santé publique est l'affaire de tous les professionnels de santé. Le Conseil général travaille depuis longtemps avec les villes qui s'engagent sur ces problématiques. Pour construire ce nouveau service public de la santé, nos élus pourront veiller à l'articulation entre l'action du département et celle de l'Agence régionale de santé au travers de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, et au

sein de la Conférence de territoire. L'administration sera partie prenante à ce processus partenarial, avec les schémas régionaux de la prévention, de l'offre de soins et de l'organisation médicosociale. Nos services participeront directement aux différents travaux de veille, de prévention et d'organisation des soins.

En matière de vaccination et de dépistage de maladies comme la tuberculose, cet engagement devrait démontrer les vertus de la médecine territoriale pratiquée par le département en maintenant l'intégralité des 118 centres PMI. J'espère que l'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé feront de même et maintiendront leurs cliniques.

Pour répondre à cet enjeu, il est essentiel que nous soyons tous réunis aujourd'hui : représentants des collectivités locales, des ordres professionnels, des associations d'usagers, et des institutions départementales investies dans le champ de l'offre de soins. Nous devons veiller à ce que la territorialisation de la santé publique se fasse dans l'équité, en répondant aux besoins de santé de tous les habitants du département, en permettant un égal accès aux soins en termes de santé et en termes d'hôtellerie.

Cette dernière question revient régulièrement, notamment, au niveau de l'APHP. Les équipes attirent notre attention sur l'état de certaines chambres. Dans certains établissements publics, nous constatons encore la présence de douches collectives. Nous constatons, là encore, une grande disparité entre la moyenne régionale et la réalité locale.

Nous devons assurer une veille vigilante sur tous les besoins de santé du département. Nous devons promouvoir la santé comme un axe de développement social dans une démarche éducative. Nous devons favoriser l'appropriation de la santé par la population.

Sur la base des échanges d'aujourd'hui, nous travaillerons, avec les services du Directeur général, à la définition de cette offre de soins pour la Seine-Saint-Denis. Nous ferons en sorte que le futur Projet régional de santé, placé sous votre responsabilité, réponde aux besoins et aux attentes de nos citoyens. Je veux que le Conseil général soit désormais un vrai coproducteur de la santé publique au sein du département.

Depuis 1945, notre pays a défendu la notion d'égalité devant les soins et y a consacré d'importants moyens financiers. Je sais bien que « la santé n'a pas de prix, mais qu'elle a un coût ». Il nous faut tenir compte de cette question des coûts, mais aussi garder à l'esprit la notion d'équité pour offrir à tous un accès à la santé. Ensemble nous y parviendrons !

La médecine territoriale peut être la médecine de l'avenir, mais il dépend de nous que cet avenir se réalise dans l'équité. Je ne doute pas que votre présence en nombre à ces Assises permettra d'apporter des éléments de réponse aux questions de santé qui se posent à nous depuis de nombreuses années.

# **Etat des lieux de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis : les données disponibles, les données manquantes, le ressenti des acteurs, le projet de cartographie de la santé**

## **Données de cadrage**

**Philippe PEPIN**

*Démographe, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France*

Je ne parlerai pas directement d'offre de soins, mais de besoins de soins dans le département. Je présenterai quelques spécificités socioéconomiques propres à la Seine-Saint-Denis au travers d'indicateurs.

Ce tableau présente les disparités départementales de revenu médian, avec sur la gauche les dix départements de France métropolitaine aux revenus les plus bas et sur la droite les dix départements aux revenus les plus élevés. Nous constatons sans surprise que sept départements d'Ile-de-France sont parmi les plus riches. Parmi les dix départements les plus pauvres, nous trouvons la Seine-Saint-Denis.

Le plus inquiétant est que la situation tend à se détériorer, comme en atteste l'évolution, sur une quinzaine d'années, des écarts entre les départements franciliens. En 1984, les différences de revenus entre départements étaient assez modérées : -13 % pour la Seine-Saint-Denis, qui était déjà le département le plus pauvre, et +10 % pour les départements les plus riches, comme les Yvelines et les Hauts-de-Seine. Depuis, ces écarts n'ont cessé de se creuser : le différentiel entre Paris, le département le plus riche, et la Seine-Saint-Denis, dont la situation relative ne cesse de se détériorer, est ainsi de 68 points.

Ces écarts se voient aussi à l'échelle du département, c'est-à-dire au niveau plus fin de la commune. La carte diffusée traduit l'évolution de la situation par commune. Les communes cartographiées en bleu foncé sont celles qui étaient plus riches que la moyenne régionale en 1984 et qui ont vu leur situation relative s'améliorer. Les communes en marron sont dans une situation opposée. Elles étaient parmi les plus pauvres en 1984 et ont vu leur situation relative se détériorer. Nous pouvons constater très clairement, sur cette carte, l'augmentation de l'opposition entre l'est et l'ouest, avec de nombreux arrondissements parisiens et des communes des Hauts-de-Seine et des Yvelines qui ont vu leur situation s'améliorer. A l'inverse, beaucoup de communes de l'est, notamment en Seine-Saint-Denis, ont vu leur situation se détériorer en quinze ans.

Pour compléter ces indicateurs économiques, j'ai retenu deux indicateurs sociaux : la part des personnes vivant dans des foyers allocataires à bas revenus et les allocataires du RSA. Nous constatons que, pour tous les indicateurs de minima sociaux et d'allocations, la Seine-Saint-Denis a systématiquement des résultats deux fois plus élevés que la moyenne nationale et la moyenne régionale. Nous observons aussi une grande disparité au sein du département comme le montre cette carte qui présente le nombre d'allocataires du RSA. La moyenne départementale de 6 % d'allocataires varie énormément selon les communes, de 2 à 9 %. Ici encore, est constatée une opposition entre l'est et l'ouest.

Compte tenu de la situation sociologique et démographique du département, nous pouvons nous inquiéter de la dégradation des indicateurs de santé. Nous savons, en effet, que les inégalités, la pauvreté et surtout les situations d'inégalités relatives entre départements ou à l'intérieur d'un même département sont synonymes d'indicateurs de santé dégradés.

Cependant, nous constatons aussi des points positifs : les indicateurs très globaux de santé démontrent ainsi que la situation s'améliore relativement en Seine-Saint-Denis. Cette constatation peut sembler étonnante compte tenu de la situation socioéconomique que je viens de présenter. Ainsi, l'espérance de vie progresse de manière comparable au reste de l'Ile-de-France et plus vite que la moyenne nationale. L'espérance de vie de la Seine-Saint-Denis, qui au début des années 90 était assez nettement en dessous de la moyenne francilienne et nationale, a progressivement rattrapé la moyenne nationale pour les femmes et l'a même légèrement dépassée pour les hommes.

Étonnamment, l'indicateur de mortalité prématurée évolue, lui aussi, de façon favorable. Cet indicateur est en baisse sur l'ensemble de la France. Alors qu'il était très élevé en Seine-Saint-Denis au début des années 90, la situation a favorablement évolué pour rattraper la moyenne nationale, notamment chez les hommes. Dans les années 90, le SIDA avait un impact important sur cet indicateur. La diminution de la mortalité liée à cette maladie contribue à l'améliorer. Ce seul fait ne peut cependant pas expliquer à lui seul une amélioration aussi nette.

L'indicateur de mortalité par cancer conduit à la même constatation. Au début des années 90, le département de Seine-Saint-Denis avait une mortalité par cancer parmi les plus élevées de France aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'amélioration de cet indicateur a été beaucoup plus rapide qu'au niveau national. D'une situation de surmortalité très nette, nous sommes arrivés à des résultats tout à fait dans la moyenne nationale, légèrement supérieurs à la moyenne régionale pour les hommes et identiques aux moyennes régionales et nationales pour les femmes.

Ces bons résultats sont presque étonnants. Les indicateurs globaux peuvent, cependant, cacher des situations beaucoup moins favorables.

Ainsi, s'agissant de la mortalité infantile, nous notons un décrochage en Seine-Saint-Denis au milieu des années 90. Auparavant, les résultats étaient comparables à ceux de la moyenne nationale. La baisse cesse à partir de cette époque, alors qu'elle se poursuit dans le reste de la France et au niveau régional. Ce décrochage n'est pas étonnant, puisque l'indicateur de la mortalité infantile est très sensible à la réalité socioéconomique, laquelle s'est dégradée dans le département pendant cette même période.

Concernant l'offre de soins libérale tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, la Seine-Saint-Denis est très en dessous de la moyenne régionale et de la moyenne nationale. Ces chiffres datent de 2008, mais la situation ne s'est pas améliorée depuis.

En conclusion, compte tenu de la situation socioéconomique du département et de l'offre de soins qui se dégrade, nous pouvons penser que les résultats globaux se sont relativement améliorés grâce à des actions prises au niveau du département, notamment dans les communes et avec le Conseil général. Dès lors que ces actions auraient permis l'amélioration de ces indicateurs, les interventions de ces institutions doivent se poursuivre, au moins au niveau de l'offre de soins, pour éviter la dégradation de ces indicateurs.

## **Synthèse des groupes de travail**

**Michèle VINCENTI**  
*Conseil général*

Les interventions de la matinée ont permis de dresser un panorama de la situation de notre département. Je propose de faire une synthèse très courte des débats et travaux des ateliers qui nous ont réunis depuis un an. Le but de mon intervention est de souligner les points de convergences. Je ne ferai pas une revue exhaustive de tous nos débats qui ont été fort riches. Je remercie d'ailleurs tous les participants qui ont nourri cette réflexion.

Notre méthodologie de travail a été élaborée lors d'un séminaire sur l'offre hospitalière publique en 2010 animé par Pascal Popelin, vice-président du Conseil général. Ce premier temps d'état des lieux a été partagé avec le politique, une démarche primordiale au regard de la place actuelle prise par le politique sur les questions qui nous préoccupent. Nous sommes parvenus aujourd'hui à une extension de la réflexion sur l'offre ambulatoire et l'offre privée. Cette réflexion nous a permis, en juillet 2010, d'annoncer la tenue de ces Assises.

Trois ateliers ont été organisés, c'est-à-dire trois séances de travail de décembre à avril qui ont réuni un panel large d'acteurs de la santé : des professionnels de l'ambulatoire, des professionnels salariés, des institutionnels, des universitaires, des soignants, des administrateurs, des associations, des professionnels du Conseil général, des villes et des intercommunalités, des professionnels de la prévention. La situation est suffisamment difficile et complexe pour qu'il soit pertinent de travailler ensemble, afin de déterminer les points de convergences qui nous permettront d'apporter des réponses efficaces.

Les trois thèmes des ateliers étaient les suivants :

- l'organisation de l'offre ;
- les pratiques professionnelles ;
- la question des données pour répondre au mieux à l'organisation de l'offre.

Tout d'abord, je soulignerai que l'organisation de l'offre a eu une évolution positive avec le développement des équipements hospitaliers, notamment les investissements lourds. Je citerai par exemple le centre de cancérologie qui s'est ouvert récemment à l'hôpital Avicenne. Les travaux de recherche de pointe ont aussi pris de l'ampleur, avec par exemple la première greffe de bronches artificielles.

Un autre point positif a été dégagé, à savoir la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble. A ce titre, les centres municipaux sont des structures adaptées aux besoins actuels, mais qui doivent être consolidées pour faire face à leurs difficultés à atteindre un équilibre budgétaire. L'offre en matière de prévention est aussi importante. Claude Bartolone a évoqué les centres PMI du département qui proposent un service de prévention, notamment face à la mortalité infantile. Nous avons besoin de maintenir cette offre.

Il a également été constaté que la prise en charge en matière de psychiatrie, et notamment de la pédopsychiatrie, était en déficit dans notre département, de l'avis général des intervenants

interrogés. La chirurgie dentaire et la prise en charge des personnes dépendantes sont aussi des secteurs en difficulté.

Des points en demi-teintes ont été soulevés. Ainsi, la permanence des soins se développe et se structure à l'échelle du département. Les urgences hospitalières sont bien prises en charge, mais elles font face à des besoins très spécifiques dus à la précarité de la population.

L'organisation des soins de proximité doit être développée pour faire face à ces besoins spécifiques. La mise en place d'un travail transversal entre intervenants est indispensable, mais celle-ci suppose le recours à la coordination. Une question se pose : comment ce temps de coordination dans les pratiques professionnelles est-il aujourd'hui pris en charge ? Notre département a tout particulièrement besoin de cette coopération entre intervenants pour faire face aux problèmes de précarité. Une articulation sanitaire et sociale doit être mise en place.

Par ailleurs, la tension budgétaire et humaine des structures a été soulignée au cours de nos débats. Nous avons constaté un grand stress des professionnels : en la matière, nous sommes face à une situation urgente.

Pour les patients aussi, la situation est difficile en raison du manque de fluidité et de lisibilité des parcours de soins. Se posent ainsi des problèmes d'accessibilité et de transports. Par exemple, le Conseil général, pour organiser des dépistages de la tuberculose, doit fournir des titres de transport aux familles pour qu'elles se déplacent.

En outre, nous devons faire face à des contradictions au sein du système. Par exemple, les visites à domicile sont de plus en plus réduites, mais le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes se généralise.

Pour les professionnels, les dispositifs qui existent sont fragilisés par les postes vacants, notamment en PMI et en centres scolaires. Au total, 45 postes d'infirmière et 15 postes de médecin scolaire étaient vacants à la fin de l'année. Certains postes manquent effectivement d'attractivité.

Les difficultés rencontrées dans les pratiques professionnelles impactent aussi l'offre de soins. De nombreux professionnels éprouvent des difficultés à mettre en place une prise en charge globale. La population expérimente également ces difficultés. La nécessité de faire appel dans certains cas à un traducteur et la prise en charge qu'elle nécessite rendent le temps de consultation beaucoup plus long. Cette pénurie de professionnels impacte les orientations en aval.

Au cours de nos travaux, nous avons aussi abordé le problème de l'absentéisme. Des patients prennent rendez-vous, mais ne viennent pas à la consultation sans pour autant avoir prévenu le praticien. Jusqu'à 20 % des rendez-vous ne sont ainsi pas honorés, ce qui pose un problème d'organisation.

Le système a besoin de passerelles, d'un renforcement du travail en réseau, de coordination et de coopération. Un problème se pose alors : comment adapter le système de rémunération pour qu'il prenne en compte ces temps de coordination, permettant une prise en charge efficace des patients ?

Au final, les pratiques professionnelles et les conditions d'exercice difficiles ainsi que les charges administratives importantes qui pèsent sur les professionnels provoquent un risque d'épuisement de ces derniers.

Une meilleure compréhension du modèle de construction des inégalités de santé tout au long de la vie doit nous permettre de réfléchir. Pour nous aider dans ce travail, nous disposons des données de l'Observatoire régional de la santé. Nous avons en permanence besoin de données supplémentaires, d'indicateurs révisés pour répondre aux questions qui se posent localement. Par exemple, pour savoir où les nouvelles structures doivent être implantées, il nous faut qualifier l'existant.

Un travail a été effectué avec le territoire de Plaine Commune et la Géographie de la santé de l'Université Paris XII pour comprendre comment se construisaient les données de santé à une échelle de territoire et identifier à quel niveau d'échelle nous devons apporter une réponse pour qu'elle soit pertinente en tenant compte des données d'aménagement, de transport, etc.

Je propose de laisser la parole à Mme Amat-Rose afin qu'elle présente le modèle qui pourrait nous permettre de travailler avec l'ensemble des territoires du département pour une cartographie de la santé. Cette présentation sous forme de cartes permettrait une démarche d'analyse plus fine, qui intégrerait toutes les données d'aménagement du territoire. Cette approche apparaît pertinente puisque l'offre de soins doit être intégrée à l'aménagement du territoire.

**Jeanne-Marie AMAT-ROSE**  
**Géographe de la santé à l'Université Paris XII**

Nous menons cette réflexion depuis 2008.

Les cartes sont directement accessibles sur Internet à l'échelle régionale, départementale, cantonale et communale. Avec ces cartes, nous tentons de déterminer l'échelle pertinente pour agir. La réponse est donnée en fonction de l'objet et des objectifs. Dans le cadre de la réflexion de géographie appliquée à l'offre de soins de premier recours, les maires de Saint-Denis et d'Aubervilliers m'ont associée au travail d'état des lieux de l'offre de soins de premier recours. Le projet a débuté à Saint-Denis et Aubervilliers, puis nous l'avons étendu à Plaine Commune avec le soutien du service de Développement de Plaine Commune, qui accueille chaque année, pendant six mois, un stagiaire étudiant en géographie appliquée.

L'échelle choisie a été la plus fine possible compte tenu de l'objet et des objectifs, c'est-à-dire l'adresse. Nous avons développé un diagnostic qui a pour objectif d'être un outil d'aide à la décision pour recommander des maintiens ou des implantations de structures.

L'Observatoire s'intéresse à trois domaines :

- la cartographie des structures de soins libérales, paramédicales, médicales, municipales et hospitalières ;
- la lecture des réalités socioterritoriales dans lesquelles s'inscrivent ces structures de soins, afin d'avoir une meilleure prise en compte de ces réalités ;
- une vision prospective en prenant en compte les dynamiques des territoires, dynamiques concernant l'offre, la population, le peuplement et le fonctionnement des territoires (transports, infrastructures sanitaires).

Le résultat de ces recherches s'exprime au travers de cartes. J'en ai apporté une vingtaine, mais je n'aurai pas le temps de toutes les commenter. Je souhaiterais surtout insister sur la légende de cette carte qui vous permet de voir les indicateurs retenus, afin de lire la réalité socioterritoriale de l'offre de soins :

- les médecins généralistes libéraux, avec des cercles proportionnels en fonction du nombre ;
- les établissements de santé ;
- les réseaux de transports en commun, par exemple tramway à venir ;
- les réseaux routiers ;
- les modes d'occupation du sol, à savoir les espaces verts, l'habitat individuel, l'habitat collectif, les zones d'activité, les équipements, les ZUS, les cimetières, etc.

Nous souhaitons mettre en évidence la réalité territoriale. Plusieurs cartes sont ainsi disponibles :

- la carte des départs et implantations des médecins généralistes libéraux ;
- la carte de l'évolution de l'implantation des pharmacies ;
- la carte des gynécologues libéraux de Plaine Commune ;
- la carte des départs et implantations des professionnels paramédicaux libéraux, avec une situation préoccupante pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

Il importe de noter que les limites municipales ne sont pas les limites d'espace vécu. Nous prenons donc en compte ce qui se passe hors des limites municipales dans un rayon d'un kilomètre.

Une dernière carte illustre les dynamiques de peuplement. Elle permet de dépasser les *a priori* et de s'appuyer sur un diagnostic scientifique, afin de déterminer les zones les plus fragiles pour construire une plus grande équité territoriale. Cette étude ciblée sur l'offre de soins s'inscrit dans l'aménagement du territoire avec ses acteurs. En effet, si les acteurs de la santé sont importants pour répondre à la question de l'accès aux soins, ils ne sont pas les seuls à devoir être pris en compte.

## **Table ronde**

*Participaient à la table ronde :*

*Mr Pierre ALBERTINI, Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie*

*Docteur Daniel ZARKA, Président de Commission Médicale d'Etablissement de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois*

*Docteur Christine DERMER, Directrice de la clinique de l'Estrée à Stains*

*Mr Jean-Paul LE BRONNEC, Vice-président de l'UNAFAM 93*

*Docteur Xavier MARLAND, Secrétaire général du Conseil départemental de l'ordre des médecins*

*Mr Daniel SULINGER, Président du Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes*

*Mr Gabriel LE GARREC, Directeur adjoint de l'IFSI de Ville-Evrard*

*Professeur Jeanne-Marie AMAT-ROSE, géographe de la santé à l'Université Paris XII*

### **Pierre ALBERTINI**

Je suis chargé d'animer cette table ronde, qui a pour thème l'état des lieux « des offres de soins », les données disponibles, les données manquantes, le ressenti des acteurs et le projet de cartographie de santé.

Ma première question est destinée au Docteur Zarka. Je souhaiterais que vous nous fassiez part de votre analyse sur l'état des lieux de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis et que vous nous donniez votre avis sur les données dont il serait utile de disposer pour mieux appréhender la connaissance de l'offre en fonction des besoins de santé des habitants.

### **Daniel ZARKA**

Ayant participé à un groupe de travail, je me retrouve totalement dans la présentation faite par le Docteur Vincenti.

Je souhaitais aborder un certain nombre de points. Tout d'abord, la loi HPST de 2009 a eu, à mon sens, un effet favorable considérable pour les établissements, en intégrant l'hôpital dans son territoire. Auparavant, nous étions extrêmement cloisonnés, avec une carte sanitaire et une carte médicosociale différentes, sans jamais nous retrouver. Depuis la désignation du département comme territoire de santé et médicosocial, nous pouvons nous rencontrer et mettre en cohérence ces cartes. Je n'avais jamais vu autant d'échanges entre les intervenants pour réfléchir et trouver des solutions, et ce à différentes échelles.

Pourtant, cette loi a aussi soulevé mon inquiétude au regard des mesures prises sur l'hospitalisation publique. Elle a ainsi détruit le lien quasi organique qui existait entre le service public hospitalier et les établissements publics. Actuellement, le service public hospitalier est divisé en treize missions, qui peuvent être attribuées à différents acteurs. La loi prévoit que ces missions soient, dans un premier temps, confiées à l'hôpital public, sauf en cas de carence. Cette situation inquiète les hôpitaux publics et crée des tensions à un moment où il faut rechercher des coopérations à tous les niveaux.

**Pierre ALBERTINI**

A votre avis, quels seraient les éléments nécessaires pour mieux appréhender la connaissance de l'offre en fonction des besoins de santé de la population ?

**Daniel ZARKA**

Deux problèmes me paraissent majeurs, si nous souhaitons assurer l'offre de soins. Les établissements publics connaissent ainsi des déficits de personnel, notamment de personnels paramédicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens en radiologie, etc. Nous devons développer la formation des professionnels. Il me semble effectivement que, dans ce département, le chômage est suffisamment important pour que les efforts de formation soient poursuivis. Nous sommes, en outre, très inquiets pour la formation des infirmières spécialisées:panseuses, infirmières anesthésistes, etc. Jusqu'à présent, l'hôpital public était un ascenseur social. Or les tensions actuelles en termes de personnels et économiques empêchent d'exploiter pleinement les possibilités de la formation et de la promotion professionnelle.

Une autre inquiétude vient de l'extension de la notion de santé au-delà de l'absence de maladie. Cette redéfinition peut tendre à minorer le rôle de l'hôpital. Rappelons que l'hôpital a une action très importante de dépistage et d'éducation pour la santé. Les hôpitaux publics jouent ainsi un rôle important de résilience sociétale.

**Pierre ALBERTINI**

Quels seraient les éléments permettant de mieux analyser les besoins de la population ?

**Daniel ZARKA**

Dans le cadre de la planification hospitalière, nous verrons réapparaître les objectifs quantifiés de soins. Jusqu'à maintenant, ces objectifs étaient là pour limiter l'activité des hôpitaux en fonction de l'activité antérieure. Cette méthode n'était pas justifiée d'un point de vue médical. Une nouvelle méthode arrive, laquelle rejoint la présentation faite par les cartographes. En effet, les futurs objectifs quantifiés de soins seront basés sur le recours aux soins défini nationalement, puis décliné au niveau local. Nous aurons besoin d'une connaissance précise de la morbidité qui nous entoure. Il faudra pour cela travailler avec l'ensemble des acteurs de la santé.

**Pierre ALBERTINI**

Cette connaissance fine passe effectivement par les systèmes d'information dont nous disposons, qui nous permettent d'avoir des données rétrospectives sur la morbidité et les pathologies. Estimez-vous que le système d'informations soit assez pertinent pour apporter ces éclairages ?

**Daniel ZARKA**

Les réunions organisées par le Conseil général nous ont permis de découvrir ce qui se faisait dans notre département et de prendre connaissance des expériences menées à Plaine Commune. Ces dernières fournissent un niveau d'information suffisant pour nous permettre d'établir notre stratégie. Je pense que nous disposons dans ce département d'un niveau de connaissances suffisant pour analyser nos besoins de manière prospective.

Etant profondément attaché à la Seine-Saint-Denis, je suis toujours un peu agacé quand il n'est fait état que des problèmes sociaux. Nous oublions trop souvent que nous sommes dans un département qui présente l'un des PIB par habitant les plus élevés de France. Ce département travaille. Il nous faut être combatifs. Nous pourrions avoir l'impression que la Seine-Saint-Denis bénéficie d'un redéploiement des ressources, mais c'est au contraire notre département qui redéploie ses ressources très importantes vers le reste de la France.

**Pierre ALBERTINI**

Madame Dermer, quels sont les éléments d'analyse de l'offre de soins dont nous aurions besoin ?

**Christine DERMER**

Je vais essayer d'exposer le point de vue de l'offre privée sur l'analyse de l'offre de soins.

Le privé apporte sa pierre à l'édifice de l'analyse de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis, avec quinze établissements et des médecins libéraux majoritairement spécialistes. Ces derniers participent au Projet régional de santé puisqu'ils offrent un service de proximité. Nous avons un exercice professionnel collectif qui répond aux aspirations des jeunes médecins. Nous participons à des missions de service public, notamment avec les services d'urgence. Nous tenons à poursuivre notre participation à la permanence des soins en établissements de santé, même si nous craignons aujourd'hui qu'elle ne soit chamboulée.

Nos relations avec l'environnement médical du département sont fructueuses, à la fois avec les hôpitaux publics, la médecine de ville, les centres municipaux de santé et les réseaux. Ces derniers sont très implantés et très actifs. Les réseaux de cancérologie, de soins palliatifs, de périnatalité, de gériatrie, de diabète et de néphrologie ont ainsi une fonction essentielle dans ce département.

Partant de ce constat, quelles sont les données manquantes ? Il existe une offre importante de données, mais celle-ci est répartie sur les différentes couches d'un mille-feuille, une complexité qui nuit à la lisibilité. Il faudrait savoir déplier ce mille-feuille. Les informaticiens devraient produire une interface qui ressemblerait au répertoire opérationnel des ressources en 3D. Sur un même écran, nous pourrions ainsi avoir connaissance des couches successives. La première serait l'offre de soins classique des établissements hospitaliers. Une autre présenterait les établissements de retraite. Une troisième montrerait l'offre de soins pour les handicapés, puis viendraient les centres de santé, etc. En outre, une trentaine de couches nous permettraient d'éclairer le parcours de santé, à l'instar des plans de métro qui, autrefois, nous indiquaient, par un trajet lumineux, le chemin à suivre pour arriver à notre destination.

Ce répertoire en 3D pourrait préciser le trajet indicatif que le patient pourrait suivre, par exemple une personne de 90 ans, avec un cancer, ne sachant pas où loger. Le trajet ne serait qu'indicatif, les usagers ayant le droit de choisir aussi leur parcours.

Une deuxième idée risque de provoquer beaucoup moins d'enthousiasme. Nous pourrions recueillir les données de précarité dans le dossier médical ou dans le dossier constitué par la structure qui accueille le patient. Ces informations confidentielles aideraient à identifier les patients susceptibles de partir dans une spirale négative. Il me semble que ces patients ont tout particulièrement besoin d'être protégés. Un score de précarité, utilisé avec prudence et en évitant toute stigmatisation, permettrait de prioriser la prise en charge de ces personnes. Cette idée pourrait être utile, par exemple dans le cadre du suivi des cancers et de la périnatalité.

Je terminerai par un SOS adressé aux responsables politiques présents. Essayez, s'il vous plaît, de pérenniser les zones franches existantes et d'en créer d'autres. Elles sont effectivement l'un des moyens de fidéliser et d'attirer des professionnels libéraux. Alors qu'elles sont un outil efficace, elles sont malheureusement trop peu nombreuses dans notre département. La zone franche de Stains devrait disparaître en décembre : nous risquons alors d'assister à la fuite des professionnels qui y sont installés pour le moment.

### **Pierre ALBERTINI**

Quelle analyse faites-vous de l'offre de soins pour les personnes atteintes de maladie psychique dans ce département ? Estimez-vous que les données disponibles sur cette problématique sont suffisantes pour établir un diagnostic de qualité ?

### **Jean Paul le BRONNEC**

Je resterai assez schématique. J'interviens au nom de l'UNAFAM dans les domaines de la psychiatrie sur la partie sanitaire.

Je commencerai par l'EPS de Ville-Evrard, où les postes demandés ne sont pas attribués et où certains postes budgétés ne sont pas pourvus. Cette situation est d'autant plus incompréhensible que le département est socialement démuné et que les besoins ne manquent pas. Le CHI Ballanger est ainsi confronté à une baisse de budget régulière.

Nous assistons au vieillissement des psychiatres, et nous constatons que leur remplacement n'est pas anticipé. A cette constatation, s'ajoute la pénurie de psychiatres libéraux, qui sont une quarantaine en Seine-Saint-Denis pour 1 200 à Paris. En outre, la durée d'exercice des personnels infirmiers se réduit. Ils n'exercent en moyenne que douze ans dans un hôpital. Avec une formation spécifique qui n'existe plus, la formation des jeunes ne peut que se faire sur le lieu de travail. Malheureusement, le personnel plus ancien est accaparé par ses tâches et ne peut plus effectuer la passation de ses connaissances. Les jeunes sortant de l'école ne choisissent pas la psychiatrie en priorité. Nous faisons donc face à une perte des connaissances et à une pénurie de personnel pour la prise en charge des malades.

Par ailleurs, la tarification à l'activité, la T2A, nous paraît contraire à la réalisation d'actes médicaux de qualité en psychiatrie. La gestion l'emporte sur le soin. Le terme d'efficience nous ramène à une gestion à *minima*. Les temps d'attente pour une consultation adulte peuvent ainsi être

de trois à six mois en psychiatrie. Dans ce contexte, un certain nombre de cas restent sans solution. Nous sommes d'ailleurs inquiets qu'il soit recouru à des établissements situés en Belgique pour faire face à la saturation sur notre territoire. L'enjeu est important : plus de 280 adultes de Seine-Saint-Denis sont accueillis en Belgique et la demande continue de croître.

En outre, le nombre d'établissements de type UMD<sup>1</sup> est insuffisant. A cause de cela, des services hospitaliers ordinaires reçoivent des malades difficiles alors que le personnel n'est pas formé à la violence et que les locaux ne sont pas adaptés.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, notre département ne compte qu'un seul ITEP<sup>2</sup>. Nous déplorons, en outre, le peu de lits réservés à la gérontopsychiatrie. Nous rappelons que les maisons de retraite ne sont pas adaptées pour recevoir les personnes âgées atteintes de maladies psychiatriques.

Les relocalisations des hôpitaux plus près des malades et de leur famille se font attendre. La vétusté des locaux actuels les rend d'autant plus urgentes. En outre, elles éviteraient de perdre du temps en déplacements.

Certains de nos malades doivent faire face à une très grande précarité. De 30 à 40 % des SDF sont concernés par des maladies psychiatriques, de même que de 25 à 30 % des détenus. Une grande partie de ces derniers n'est pas reconnue en tant que malade et n'est pas soignée.

Les maladies psychiques ne sont pas uniquement soignées par le soin, mais aussi par le social. En Seine-Saint-Denis, l'UNAFAM est présente, mais sur neuf communes seulement. L'originalité des RESAD est insuffisante. Nous constatons, cependant, une évolution des communes intéressées par ces structures, qui devrait porter ses fruits dans le futur. L'existence de structures psychiatriques de proximité permettrait pourtant de remédier en partie au manque de connaissance des maladies psychiques de la part des élus, des professionnels de la cité et de la population. Cette ignorance contribue à la stigmatisation et à la pénurie de structures. En outre, quasiment aucun accompagnement des familles n'est prévu.

Quant aux malades, les soins somatiques posent problème du fait de leurs pathologies. Les familles sont confrontées à un manque de prise en charge en ambulatoire durant les crises. Dans ce contexte, la prévention de l'hospitalisation pose des difficultés. Le refus des médecins de se déplacer à domicile peut aboutir à des situations complexes, alors que, dans les Yvelines, les expérimentations en la matière ont porté leurs fruits.

La sortie de l'hôpital constitue un autre souci, en raison tout particulièrement du problème du logement. L'hôtel est une solution de dernier recours, qui trop souvent mène à la rue. Cette précarité du logement entraîne pour certains patients la déssectorisation, l'insécurité, l'arrêt des soins, les rechutes, la précarité, l'HDT<sup>3</sup> et la prison. Avec l'UDAF 93, nous tentons de remédier à ce problème. Ainsi, nous envisageons de créer des appartements associatifs en complémentarité de l'existant et des résidences d'accueil psychique en liaison avec les hôpitaux et les communes. Ils

---

<sup>1</sup> Unités pour malades difficiles

<sup>2</sup> Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

<sup>3</sup> L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

proposeront un accompagnement social et une unité thérapeutique. Ce dispositif enrichi par les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) permettrait de réaliser des économies et surtout de mettre en place un traitement humain des malades.

Nous avons défini des indicateurs pertinents qui mesurent :

- les actions qui ont disparu ;
- les actions faites par défaut ;
- les délais d'attente ;
- les formations menées ;
- l'évolution de HO<sup>4</sup> et de HDT par secteur ;
- les interventions de la police, des pompiers, du SAMU et des médecins.

Ces indicateurs permettront de mesurer l'efficacité des dispositifs de prévention des décompensations. Pour réussir, il nous faut travailler en partenariat et en cohérence avec l'ensemble des communes, des structures du département, la MDPH et les services psychiatriques.

### **Pierre ALBERTINI**

Si j'ai bien compris, vous estimez aujourd'hui que vous avez suffisamment de données pour établir un diagnostic de qualité sur notre prise en charge de la psychiatrie.

### **Jean Paul le BRONNEC**

Oui, nous en avons suffisamment. Le secteur psychiatrique a des demandes bien claires. En revanche, nous n'avons pas d'information sur la psychiatrie privée.

Un travail est actuellement effectué par des stagiaires sur la précarité des malades psychiques, notamment en Seine-Saint-Denis. Il apporte des réponses importantes sur les raisons pour lesquelles les malades se retrouvent dans la rue. Cette étude sera rendue publique dans les jours qui viennent.

### **Pierre ALBERTINI**

Monsieur Marland, quelle est votre analyse de l'important déficit des médecins en milieu urbain ? Quelles seraient les informations clés qui nous seraient nécessaires pour analyser la situation ? Dans quelle perspective les données recueillies par le Conseil de l'Ordre nous permettent-elles d'affiner ce diagnostic ?

### **Docteur Xavier MARLAND**

Je vais tenter de reprendre la problématique de la baisse de la démographie médicale en y ajoutant certains paramètres. En 2010, nous avons inscrit sur notre tableau départemental 222 médecins, contre 283 en 2009. Sur ces 222 médecins, nous avons une proportion de 52 % de femmes et de

---

<sup>4</sup> Hospitalisation d'Office

48 % d'hommes, comme en 2009. Il apparaît que 83 d'entre eux (37 %) sont médecins généralistes, mais que seuls 53 exerceront la médecine générale : 7 seront dans des structures n'offrant pas de soins et les 23 derniers sont des remplaçants et quelques retraités. Au total, nous avons donc inscrit 53 médecins généralistes pour les 40 communes de notre département.

Dans le même temps, 41 médecins généralistes ont pris leur retraite et 3 sont décédés en cours d'activité. Nous avons donc pour 2010 un chiffre positif de neuf médecins généralistes salariés et libéraux confondus.

Sur ces 83 médecins généralistes, seuls 17 s'installeront en tant que médecin généraliste libéral. Nous pouvons opposer à ce chiffre le départ de 16 médecins, soit 13 médecins qui ont pris leur retraite et 3 décès. La moyenne de la médecine générale de Seine-Saint-Denis repose donc sur les épaules d'un seul médecin généraliste.

La moyenne d'âge des médecins généralistes du département est de 53 ans. Or une dizaine d'années sont nécessaires pour mettre un médecin généraliste en activité. Je vous laisse imaginer le sombre avenir de la médecine générale en Seine-Saint-Denis.

Parallèlement à ces chiffres, notre département présente une spécificité, puisqu'il compte un grand nombre de diplômés étrangers. Sur les 222 inscriptions du départ, 27 % sont des médecins diplômés à l'étranger. Un tiers sont des Algériens, puis viennent des Tunisiens et des Roumains.

Ces chiffres doivent attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'avenir de la médecine. Seul le politique pourra prendre des décisions. Le Conseil de l'Ordre reste un organe de proposition en matière d'exercice professionnel. Les syndicats professionnels doivent en revanche intervenir.

### **Pierre ALBERTINI**

Le Conseil de l'Ordre dispose donc de toutes les informations.

### **Docteur Xavier MARLAND**

Par le biais du tableau ordinal, il dispose de toutes les informations au jour le jour. Il dispose ainsi d'une vision statique et prospective.

### **Pierre ALBERTINI**

En résumé, le Conseil de l'Ordre est incontournable quand il s'agit d'analyser l'évolution de l'offre de soins sur le département.

Je vais maintenant m'adresser à Daniel Sulinger. Quelle analyse faites-vous de l'offre de soins dans notre département ? Quelles seraient les données supplémentaires nécessaires pour affiner le diagnostic ? Quelles sont les données utiles que votre institution peut porter à ce diagnostic global sur l'offre de soins de premier recours ?

**Daniel SULINGER**

Mon intervention sera très semblable à celle du Docteur Marland. Les problèmes de démographie et de diminution de l'offre de soins sont communs à l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Les masseurs-kinésithérapeutes ont la chance d'avoir un Conseil de l'Ordre depuis 2006. Celui-ci peut dresser des statistiques fiables grâce aux inscriptions au Tableau des professionnels. Auparavant, nos statistiques provenaient de la CPAM ou des organismes syndicaux. Elles étaient sujettes à caution essentiellement en raison de doublons. Par exemple, énormément de professionnels ne faisaient pas les démarches de radiation.

Les chiffres que je vous présenterai datent d'octobre 2010. La région Ile-de-France recense 16,1 % de l'effectif national de masseurs-kinésithérapeutes. En région, sont recensés 87 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale qui varie de 51 à 141 selon les départements. La Seine-Saint-Denis a la densité la moins élevée avec 51 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, soit un total de 771 professionnels salariés et libéraux.

La région dénombre 407 entrées pour 178 sorties sur les douze derniers mois, soit un solde de 229 qui représente une évolution régionale de 2 %. Cette évolution varie de 0 à 4 % suivant les départements. Elle est de 0 % en Seine-Saint-Denis. Nous aurions pu nous attendre à ce que les mouvements de professionnels entre les départements rendent la Seine-Saint-Denis déficitaire. Nous verrons que les chiffres concernant les masseurs-kinésithérapeutes salariés expliquent ce rapport neutre.

Avec un âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes de 43 ans, l'Ile-de-France se situe au-dessus de la moyenne nationale. En Seine-Saint-Denis, l'âge moyen dans notre profession est de 44 ans. La région compte 18,6 % de l'effectif de masseurs-kinésithérapeutes de plus de 55 ans. Avec 23 %, l'Ile-de-France présente un taux de plus de 55 ans supérieur à la moyenne nationale. 25 % des masseurs-kinésithérapeutes de Seine-Saint-Denis, soit 188, ont plus de 55 ans et plus de 100 d'entre eux partiront à la retraite d'ici à trois ans. La population de masseurs-kinésithérapeutes de notre département est la plus âgée de la région.

Les femmes masseurs-kinésithérapeutes d'Ile-de-France représentent 16,8 % de l'effectif féminin national. La proportion de femmes dans la région est comparable à la moyenne nationale. Alors que le taux varie de 40 à 50 % selon les départements, il est de 40 % en Seine-Saint-Denis. Ce déséquilibre pose problème face à des populations qui, pour des raisons socioculturelles, réclament des masseurs-kinésithérapeutes femmes. De ce fait, face au déficit de masseurs-kinésithérapeutes femmes dans le département, où ces patientes vont-elles se faire soigner ?

Les masseurs-kinésithérapeutes salariés de la région Ile-de-France représentent 16,3 % de l'effectif national. Le taux de salariés est proche de la moyenne nationale. Il varie de 9 à 22 % selon les départements et s'élève à 22 % en Seine-Saint-Denis. De plus en plus, nos confrères se dirigent vers des structures hospitalières ou salariées, avec à nouveau une très forte proportion de confrères étrangers.

Nous sommes confrontés au vieillissement de la population. Face à cet enjeu, les masseurs-kinésithérapeutes se retrouvent en première ligne dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, mais aussi dans les interventions en maisons de retraite et en structure spécialisées. La charge de travail et la pénibilité particulière des soins à domicile rendent notre travail éprouvant. Nous ne pouvons pas non plus oublier que l'indemnité de déplacement à domicile

des masseurs-kinésithérapeutes se monte de 2 à 4 euros. Je ne pense pas que cette indemnité encourage les déplacements au domicile des patients.

Il ne faut pas non plus oublier que nous avons des petites entreprises avec des plateaux techniques qui deviennent de plus en plus importants. Nous avons besoin d'une politique de revalorisation de nos tarifs. Il appartient aux Syndicats de faire le nécessaire pour que les négociations à ce sujet débouchent sur une rémunération équitable des soins.

Enfin, je ne peux pas passer sous silence le problème de la sécurité des professionnels. Le récent protocole, qui a été signé entre les Ordres nationaux et les Ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur, reconnaît ce problème patent, qui ne doit pas être occulté.

Finalement, je pense que nous avons tous à œuvrer pour redorer le blason de notre département, qui est particulièrement stigmatisé dans le discours public. La difficulté à trouver un remplaçant est une illustration de ce problème. Nous devons démontrer que le département est vivant et productif, mais aussi rappeler que de nombreuses entreprises s'y sont installées avec succès, notamment Orange et la Haute Autorité de Santé.

### **Pierre ALBERTINI**

Je crois que le consensus est général sur ce dernier point.

Gabriel le Garrec, pourriez-vous nous faire part des besoins exprimés par les élèves infirmiers de votre institut et partager avec nous les données dont vous disposez sur la problématique de l'offre de soins ?

### **Gabriel LE GARREC**

Je suis infirmier du secteur psychiatrique depuis 37 ans déjà et suis à présent adjoint à la Directrice. Je suis avant tout infirmier cadre supérieur de santé et j'ai été responsable de secteurs en psychiatrie adulte.

J'appartiens à la catégorie des professionnels de santé la plus importante de France, avec 520 000 infirmiers. Nous avons entendu parler de déserts médicaux, mais, pour les infirmiers j'utiliserais plutôt le terme de steppe ou de désert abyssal. Nous représentons de 70 à 75 % des actions de santé en France. Nous devrions donc être plus nombreux. Certains pays européens ont d'ailleurs fait le choix d'avoir des populations infirmières plus importantes. La profession n'est pas reconnue à sa juste valeur. La population, tout particulièrement en Seine-Saint-Denis, devrait bénéficier davantage de nos soins.

Souvenez-vous du slogan de la coordination infirmière en 1988 : « Ni bonnes ! Ni connes ! Ni nonnes ! ». Voici déjà 23 ans, nous alertons les pouvoirs publics sur le phénomène de pénurie en infirmières. J'ajouterai la formule « ni bouffonnes ! », puisque force est de constater que, depuis 23 ans, nous vivons une véritable mascarade. Nous sommes confrontés à une volonté politique assumée de créer la pénurie.

Cette stratégie a de graves conséquences. En Seine-Saint-Denis, les indicateurs sont au rouge sombre. Il serait d'ailleurs intéressant que des sociologues se penchent sur les conséquences de cette

politique. Je rappelle que, dans les Hauts-de-Seine, l'espérance de vie pour les hommes est supérieure de 2,5 ans à celle des hommes de Seine-Saint-Denis. L'écart est de 2 ans pour les femmes. Cette inégalité flagrante ne peut plus durer.

La densité infirmière en 2010 en France métropolitaine était de 809 infirmiers pour 100 000 habitants. A Paris, la densité était de 1 350 pour 100 000 habitants. En Seine-Saint-Denis en 2000, elle était de 522. Huit ans plus tard, elle était de 515 et, en 2009, la densité était de 509 pour 100 000 habitants. Ce ratio est 2,5 fois inférieur à la situation de l'autre côté du périphérique. Certes le poids des hôpitaux parisiens doit être pris en compte, mais ce ratio se retrouve aussi pour les infirmiers libéraux. La Seine-Saint-Denis est le département ayant la plus faible densité d'infirmiers libéraux. L'écart se creuse d'ailleurs à l'intérieur de l'Ile-de-France. En 2000, l'écart de densité des infirmières était de 13 % entre l'Ile-de-France et la Seine-Saint-Denis. Le déficit s'est creusé en huit ans, puisqu'il atteint 35 %.

Je vous soumetts un scénario qui me semble réaliste. Pour atteindre 50 % de la dotation en infirmiers de Paris, nous devrions augmenter la densité en infirmiers de 30 % en Seine-Saint-Denis. Ce rattrapage équivaldrait à recruter 2 500 collègues. Pour être au même niveau qu'à Paris, 12 500 infirmiers supplémentaires seraient nécessaires. Ces derniers vivraient et travailleraient dans le département et participeraient au mieux-vivre en santé des 1,5 million d'habitants de la Seine-Saint-Denis. Ces emplois seraient utiles, durables et non délocalisables.

Pourquoi n'aurions-nous pas aussi le choix d'exercer dans de bonnes conditions ?

Il serait impossible de trouver des infirmiers. Cette constatation n'est pas étonnante. Elle s'explique par la stratégie de pénurie installée depuis 25 ans. Tant que la population se satisfait de cette situation, pourquoi y remédier ?

Je considère que les politiques et les organes de tutelle disposent à présent de toutes les données. Nous ne pouvons plus être dans le constat et l'indignation. En outre, nous avons constaté une érosion de 25 à 30 % des diplômés en trois ans. Les étudiants, eux aussi, sont confrontés à des difficultés sociales. Ils décrochent bien souvent parce qu'ils travaillent la nuit et le week-end. A cause de la précarité, ils n'arrivent pas à honorer leur obligation d'effectuer des stages.

Pour conclure, je m'inspirerai de la philosophie d'Albert Jacquard. Ce dernier considère de façon optimiste que le progrès de l'humain, c'est l'autre et que, face à l'esprit de compétition, il vaut mieux encourager la coopération.

J'ai été rassuré d'apprendre ce matin que le Conseil général de Seine-Saint-Denis considérait que la situation actuelle était désastreuse, inégalitaire et injuste pour la population du département. Aujourd'hui, il existe un terrain propice à la coopération entre les différents acteurs de l'offre de soins. A mon sens, il faudrait mettre sur pied un plan d'urgence. Une Seine-Saint-Denis en pleine forme est possible.

### **Pierre ALBERTINI**

Je propose d'intervenir sur le système d'information. L'Assurance Maladie dispose de toutes les données de remboursement – des données de plus en plus parlantes. Aujourd'hui, nous avons une connaissance parfaite de ce qui est remboursé sur la pharmacie et sur le champ de la biologie. La

CCAM technique et la T2A nous permettent d'avoir une vision fine des actes dispensés par le système de soins. L'Assurance Maladie dispose d'une connaissance précise de l'activité des établissements de santé et de l'activité ambulatoire. Ces données rétrospectives sont d'une grande utilité pour faire des diagnostics et proposer des améliorations au système de santé. Elles sont mises à disposition des décideurs, à savoir l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales. Nous aidons ici à objectiver les situations. C'est pour cette raison que j'ai insisté auprès des participants de ce matin pour connaître quelles étaient, d'après eux, les données utiles. L'information que nous fournissons doit être pertinente et de qualité pour accompagner la prise de décision.

Professeur Amat-Rose, quelles sont les données supplémentaires dont vous auriez besoin ?

### **Jeanne-Marie AMAT-ROSE**

Je souhaiterais formuler trois souhaits, qui ne sont pas seulement liés aux données, mais aussi aux méthodes de travail. En préambule, je répondrai néanmoins à la demande de Madame Dermer. Vous avez parlé de systèmes multicouches. Nous travaillons avec des logiciels de Système d'Information Géographique pour mettre en place ce genre d'interfaces. Ainsi, nous expérimentons actuellement ce type de démarche en coopération avec le réseau sclérose en plaques d'Henri Mondor. Nous analysons les trajectoires des patients et nous recherchons la meilleure adéquation possible entre les acteurs de la santé du patient et l'offre. Sur cette base, nous faisons des propositions de trajectoire de soins et de mise en relation du patient avec les acteurs de santé.

Mon premier souhait concerne la qualité de l'information. Il nous faut une information la plus précise possible à un temps donné. Malheureusement, il nous arrive de trouver des décalages entre les différents registres, lesquels nous obligent à faire des vérifications fastidieuses. Ne pourrions-nous pas avoir une information coordonnée sur la démographie médicale à un instant T ?

Mon second souhait vise plus d'interdisciplinarité et de transversalité. En effet, une réflexion d'aménagement du territoire appliquée à l'offre de soins de proximité requiert une contribution pluridisciplinaire. Derrière l'atlas, nous raisonnons sur des constructions socio territoriales. Nous mesurons la distance d'accès aux soins dans toutes ses dimensions dans l'accessibilité distance/temps, mais aussi celle des secteurs conventionnels, la distance socioéconomique et ses logiques de recours, les dynamiques de peuplement, etc. Les premiers concernés par ce travail sont les acteurs de la santé, qui exercent dans l'ensemble des structures existantes. Je tiens d'ailleurs à souligner qu'il est parfois difficile de mobiliser les acteurs libéraux. En outre, pour optimiser notre diagnostic, un dialogue avec les sociologues et les urbanistes est aussi nécessaire, puisqu'ils nous fournissent des informations sur la démographie et les territoires.

Mon troisième souhait est le suivant. Dès lors qu'un Observatoire est mis en œuvre, un suivi régulier des indicateurs s'impose. Sans cela, le tableau de bord risque de devenir rapidement obsolète. Il faut donc mobiliser les acteurs de l'Observatoire, pour suivre les évolutions parfois rapides des territoires de la Seine-Saint-Denis. Nous devons adopter une posture de veille appliquée à la démographie médicale et aux structures de soins. Une question se pose néanmoins à ce stade : qui peut centraliser ces informations ? Il serait, à mon avis, pertinent que le Conseil général joue ce rôle de coordinateur de façon à avoir un outil de veille performant sur ces questions cruciales de l'aménagement du territoire. A ce sujet, je reprendrai le titre d'un séminaire organisé par

Marc Schoene à l'Institut Renaudot : « L'offre de soins : nouveaux enjeux de l'aménagement du territoire ».

**Pierre ALBERTINI**

Les éléments apportés ont permis des éclairages intéressants sur un domaine qui a été couvert dans son ensemble : hospitalisation publique et privée, médecine, psychiatrie, auxiliaire médicaux, démographie. Nous avons ainsi fait un exercice de synthèse complexe en un temps limité.

## **Débats et échanges avec la salle**

### **Dominique PELCA**

Je suis Vice-président du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Seine-Saint-Denis et Président du Conseil Régional des masseurs-kinésithérapeutes d'Ile-de-France.

Les débats de ce matin ont démontré qu'un diagnostic s'imposait et qu'il était urgent de donner des réponses sur le territoire de Seine-Saint-Denis, là où se trouvent les problèmes les plus importants. L'Agence régionale de santé fait état de ses limites d'interventions liées au cadre réglementaire. La logique selon laquelle les professionnels de santé conventionnent chacun pour leur propre compte avec l'Assurance Maladie ouvre des possibilités par branche professionnelle. Alors que nous prônons une interprofessionnalité à travers la loi HPST et l'évolution de la visualisation de la santé, il est temps que le discours tenu devienne cohérent et que soit privilégiée une approche des professionnels de santé dans leur ensemble. Ces derniers doivent avoir les mêmes chances. Certains dispositifs d'ordre financier sont indispensables et doivent être pérennisés. Il est ainsi improductif d'avoir des zones franches en gruyère, qui provoquent un effet d'aubaine.

A mon sens, il est urgent d'agir. Les politiques, l'Assurance Maladie, l'Agence régionale de santé et l'ensemble des collectivités territoriales sont présents aujourd'hui. Il faut unir nos envies et, chacun à notre niveau, donner maintenant des réponses. Nous n'avons pas le temps d'attendre le déploiement du PSRS et des SROS dans le département. Un grand nombre de territoires ont besoin d'une réponse immédiate.

### **Francis MICHEL, Conseil départemental de l'ordre des infirmiers**

En Seine-Saint-Denis, nous notons une augmentation d'environ 10 % des infirmières libérales. Cette augmentation est due à la commercialisation des soins infirmiers. Cela dit, les professionnels de santé libéraux de Seine-Saint-Denis sont en train de s'organiser avec l'Ordre pour mettre en œuvre une alternative à cette commercialisation rampante. Déjà, au deuxième semestre 2011, des associations se créeront. Elles mettront en place des numéros de téléphone regroupant les infirmiers disponibles par commune, pour un service proche du territoire et des patients.

### **Joëlle LAUGIER**

Je représente l'Observatoire Addictologie 93, qui regroupe l'ensemble des structures de soins et de prévention médicosociale exerçant en addictologie.

Nous sommes inquiets, dès lors que dans le PSRS, soit un document de 120 pages, seules quelques lignes traitent de l'addictologie médicosociale. Le terme d'addictologie n'apparaît même pas dans les conclusions des commissions de la Conférence territoriale (*de Seine-Saint-Denis*). Nous rappelons que la gestion de l'addiction est un problème prégnant dans le département.

J'ajouterai que, depuis quelques mois, le système de démocratie sanitaire se met en place et que de nombreuses instances se réunissent. A titre personnel, je tiens à souligner que participer à ces

instances demande une énorme disponibilité puisque des états des lieux, des contributions et des préconisations nous sont demandés, dans un temps imparti très limité.

### **Elisabeth LEFEVRE**

Je suis orthophoniste et Maire adjointe chargée de la santé de la ville de *Noisy-le-Sec*.

Je suis étonnée que les orthophonistes n'apparaissent pas sur les cartes. Notre profession est pourtant au cœur de la transversalité tant pour la prévention auprès des PMI et de l'Education Nationale que d'un point de vue médicosocial avec les CCAS et au titre du travail réalisé auprès des populations précaires.

### **Jeanne-Marie AMAT-ROSE**

Je n'ai pas eu le temps de parler des orthophonistes parce que je ne disposais que de cinq minutes pour m'exprimer. De la même façon, les sages-femmes sont également cartographiées.

### **De la salle**

Vous ne parlez que des médecins. Les professionnels de santé sont trop souvent assimilés aux termes médicaux.

### **Nicolas SELLIER : Radiologue, PU-PH, Hôpital Jean Verdier**

Nous avons besoin d'une aide multiple et mieux coordonnée. Nous avons besoin d'améliorer l'accessibilité, qui se joue souvent en termes de transports pour les patients en difficulté. Nous avons également besoin d'aides à l'organisation, de *benchmarking*. Le besoin est très important en matière d'organisation hospitalière, qui présente des indicateurs très inquiétants pour certains. Nous avons besoin d'aides du Ministère pour faciliter la réorganisation.

En termes d'indicateurs hospitaliers, le délai de rendez-vous me semble être un excellent indicateur, même s'il est complexe parce que le délai peut aussi être choisi en fonction des besoins du traitement. Nous avons besoin d'une information continue sur les besoins médicaux et surtout d'actions rapides. Nous devons avoir la possibilité de mettre en adéquation les moyens avec les besoins médicaux, que ces besoins soient en nombre ou en répartition géographique.

Il nous faut aussi aider l'intégration des médecins étrangers. Certains d'entre eux ont la nationalité française. De même, certains sont titulaires de diplômes de spécialité. Ils n'ont malheureusement pas d'équivalence et ils ne peuvent être intégrés dans notre système de soins alors qu'ils sont des professionnels extrêmement performants.

Mon dernier point portera sur l'aide à l'installation des personnels paramédicaux, que ce soit en libéral ou en recrutement dans une structure hospitalière. Je reprendrai ici le raisonnement de Madame Dermer : peut-être faudrait-il envisager des domaines francs pour la santé dans notre département.

**Virginie GOSSET**

Je suis membre de la Coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité. Je suis aussi sage-femme à Paris, mais j'habite en Seine-Saint-Denis.

Actuellement, les maternités sont dans la tourmente. Les sages-femmes souffrent beaucoup parce qu'avec la tarification à l'activité et la perte de beaucoup d'aides autrefois pérennes, l'activité dans les maternités a beaucoup augmenté. En Seine-Saint-Denis, les maternités voient le nombre de naissances quotidiennement augmenter et la durée des séjours diminuer de façon importante avec des sorties ultra-précoces. Nous voyons réapparaître la mort cérébrale du nouveau-né, due à une sortie prématurée avant même que le dépistage de la jaunisse n'ait été fait.

L'équipe de la maternité des Lilas souffre tout particulièrement aujourd'hui. Depuis des années, cet établissement s'est vu refuser les moyens de fonctionner et de se moderniser. Aujourd'hui, son projet de réhabilitation est gelé. Je crois que nous ne pouvons pas nous passer d'une maternité en Seine-Saint-Denis, alors que notre département est le plus sinistré de France. Les maternités sont souvent d'accessibilité difficile avec des temps de transport particulièrement longs. La maternité des Lilas a l'avantage d'être située près d'un métro. Je rappellerai en outre que la maternité de Saint-Denis sort d'une grève qui visait à souligner la nécessité d'auxiliaires de puériculture pour s'occuper des bébés.

Les polyvalences à tout venant, qui démotivent le personnel, doivent cesser. Nous faisons face à une hémorragie des professionnels de santé qui ne peuvent plus travailler dans les conditions qui leur sont imposées. Aujourd'hui, l'Agence régionale de santé travaille surtout sur des critères financiers, et ce au détriment des critères de réelle qualité des soins.

**Hélène COLMANT**

Je suis neurologue. Dans le même temps, j'essaie de développer dans le 93 le réseau SINDEFI-SEP qui offre une assistance aux patients atteints de sclérose en plaques. Je voulais souligner le rôle qu'un réseau de soins peut jouer pour une meilleure prise en charge des patients. Pour une maladie fréquente du jeune adulte avec 1 malade pour 1 000 en France, au-delà de l'expertise, les patients doivent pouvoir être :

- orientés vers les professionnels compétents, masseurs-kinésithérapeutes et travailleurs sociaux ;
- insérés dans le champ du travail ;
- accompagnés avec leur famille pour qu'ils ne soient pas isolés.

**Madame FERNANDEZ**

Je suis responsable du service de soins à domicile de la ville de Bobigny.

Récemment, nous sommes allés à l'Agence régionale de santé, où nous a été remise la restitution d'une enquête au sujet de la nouvelle tarification des SSIAD. Nous avons constaté que nous serions de plus en plus sollicités pour nous occuper de cas lourds. Les cas légers seront confiés aux auxiliaires de vie. Les personnes dont nous nous occupons sont prises en charge par la sécurité

sociale. Mais ces personnes, qui ne pourront plus être prises en charge au niveau des SSIAD, devront faire appel à des auxiliaires de vie et devront donc payer pour une simple aide à la toilette. Cette nouvelle orientation pourrait, par conséquent, avoir des effets néfastes.

En outre, le travail effectué par les aides soignantes n'a pas du tout été pris en compte au cours de cette enquête, alors qu'elles effectuent les trois quarts du travail réalisé au niveau du service de soins. Les autorités de santé nous parlent de maintien à domicile, mais nous craignons la survenance d'une dérive avec, d'un côté, ceux qui ont de l'argent pour se soigner et, de l'autre, ceux qui n'en ont pas.

### **Georges SIAVELLIS**

Je suis médecin généraliste en Seine-Saint-Denis.

Si nous y réfléchissons bien, nous rencontrerons rapidement une situation similaire à celle de la Seine-Saint-Denis dans toute la région Ile-de-France. Ainsi, la moyenne d'âge des médecins de Paris *intra muros* s'élève à 55 ans. Comment rendre notre département attractif ?

Je m'adresse à l'Agence régionale de santé : je regrette que n'ait pas été mis en œuvre un véritable plan Marshall pour la Seine-Saint-Denis pour essayer de combler le décalage qui affecte notre département.

### **Docteur SIEFERT**

Je suis gynécologue à l'hôpital de Montfermeil. Il a beaucoup été question de l'offre de soins qui serait insuffisante. Avons-nous bien conscience de l'asphyxie financière dans laquelle se trouvent les hôpitaux publics ?

A Montfermeil, un déficit de 4 millions d'euros a été enregistré, dont 1,2 million d'indus et d'amendes de la sécurité sociale, et 800 000 euros d'impayés. Une négociation ne pourrait-elle pas s'entamer ? Nous sommes soupçonnés de fraude et nous avons été condamnés à hauteur de 2 millions d'euros alors qu'il s'agit d'erreurs manifestes.

### **De la salle**

Existe-t-il une pénurie de soins pour tous les patients ? Des patients se font-ils soigner à l'extérieur du département ? Quels sont les flux de la population médicale ? La solution se trouve-t-elle à la source ?

### **Bernard KIRSCHEN**

Notre système de soins est centralisé. Son évolution n'a pas suivi celle de la population en petite et grande couronne. Globalement, la Seine-Saint-Denis est extrêmement déficitaire en matière de production de soins, en particulier par rapport à Paris. Pourtant, si nous regardons la consommation de soins par les habitants du département, nous ne notons pas de différence significative par rapport à la moyenne régionale. La population consomme massivement des soins en dehors du département.

Le taux de fuite est ainsi considérable, jusqu'à 70% des actes de chirurgie sur certains secteurs. Cela fait partie des problématiques spécifiques à la Seine-Saint-Denis.

### **Daniel ROTTEN**

Je suis gynécologue hospitalier. Je souhaite partager ma réflexion sur la non-attractivité pour les professionnels. Nous sommes manifestement en échec avec les anciens modes d'organisation que nous n'arrivons pas à reproduire. Je fais un plaidoyer pour que nos tutelles, qui nous demandent de changer notre manière de travailler, adaptent elles aussi leurs modes de gestion.

Dès que nous sortons du schéma ancien, nous n'avons plus d'interlocuteur. Par exemple, nous avons proposé un dépistage des maladies génétiques et une suite de soins obstétricale nouvelle, soit des approches un peu atypiques. Nos interlocuteurs nous ont répondu : « C'est intéressant, mais c'est l'autre. ». Nous aimerions que ces structures mettent en pratique leurs préconisations.

### **Martina ORIDAGNE**

Je suis gynécologue-obstétricienne, Chef de service à la maternité des Lilas.

Ces Assises sont une bonne idée. Cependant, nous restons la plupart du temps dans le diagnostic. Ce matin nous avons constaté que les indicateurs étaient dans le rouge pour la Seine-Saint-Denis. Nous semblons oublier que, pour la qualité des soins, au-delà des politiques, c'est l'environnement humain qui est important. Nous constatons un détricotage du maillage humain, qui entoure les habitants de notre département. Nous constatons une réduction des personnels dans les structures associatives, des restructurations hospitalières et des restrictions budgétaires. Comment pouvons-nous mettre en avant la volonté de parler d'offre de soins quand, en parallèle, ce maillage humain est ainsi détricoté ?

### **Daniel ZARKA**

Je confirme ce qu'a dit mon collègue de Montfermeil. Nous arrivons aux limites de la T2A. Alors que trois des quatre hôpitaux publics du département étaient à l'équilibre l'année dernière, la situation de tous les hôpitaux publics du département se dégrade cette année. Même à Aulnay, nous frôlons le déficit pour la première fois. S'il est vrai que l'offre de soins est quantitativement insuffisante, l'avenir m'inquiète.

## **Conclusions**

**Michel FOURCADE**  
*Conseiller général délégué à la santé*

Après une matinée aussi riche, la conclusion n'est pas simple. Je voudrais revenir sur plusieurs points qui me semblent importants.

Je tiens à souligner le volontarisme du Conseil général, qui a rassemblé tous les acteurs de la santé, pour mener une réflexion d'ensemble sur la question de la santé. J'ai une pensée pour le travail initié par mon prédécesseur en charge de ce dossier, Pascal Popelin, mais également par les services départementaux, les praticiens, l'ensemble des Ordres, le secteur hospitalier, les facultés de médecine et les partenaires qui ont fait le choix d'avancer de concert pour faire face au défi qui nous attend.

Le mot « défi » me paraît adapté à la situation que connaît la Seine-Saint-Denis. Il faut pouvoir poser le diagnostic de l'existant au travers d'une grille de lecture à la fois locale et globale. Comme le disait Madame Amat-Rose à travers la cartographie et la statistique, l'enjeu est de voir à quelle échelle agir pour être efficace. Il faut reconnaître que les cartes présentées pour Plaine Commune sont aussi éclairantes qu'angoissantes.

Force est de constater, au vu de vos interventions, que poser un diagnostic est à la fois très simple et très compliqué. Par-delà la question de la méthodologie statistique, se pose aussi la question du ressenti des acteurs que vous êtes et des attentes des patients.

Je partage les inquiétudes du Docteur Marland au sujet du vieillissement des praticiens installés et des difficultés de renouvellement et d'amélioration de la couverture libérale.

Par ailleurs, l'offre de soins se lit autant sous le prisme des données socioéconomiques propres aux populations qu'elle vise à soigner que sous celui d'une approche qualitative qui demeure plus abstraite.

Les inégalités de santé restent prégnantes entre les différents secteurs de notre département et certains indicateurs sont préoccupants. La Seine-Saint-Denis est le premier département métropolitain concerné par la persistance de la tuberculose. Nous sommes, en outre, largement au-dessus des moyennes francilienne et nationale pour ce qui est de la mortalité infantile et du cancer. D'une manière générale, nous sommes en déficit de suivi médical, dès lors qu'il s'agit de recourir à des spécialistes ou des examens complémentaires.

Ces données sont à mettre en relation avec celles dont nous disposons sur la population. Ainsi, 75 % des ressources de 15 % de la population proviennent de la CAF. Le département compte de surcroît le plus fort pourcentage de bénéficiaires de la CMU en France. Cela a une incidence notable sur la manière dont est perçue l'offre de soins tant par ceux qui en bénéficient que par ceux qui la dispensent. C'est d'autant plus vrai que tous les indicateurs la concernant (densité de médecins libéraux, de masseurs-kinésithérapeutes, de dentistes, de sages-femmes, d'infirmiers et demande en lits de soins de courte durée) sont inférieurs aux moyennes régionales et régressent.

Force est de constater que l'offre territoriale n'est pas en mesure d'apporter une réponse suffisante à la situation de pénurie.

Se pose la question de l'offre, mais aussi de son adaptation aux contingences d'ordre sociétales, et notamment la question du sexe du soignant par rapport à son patient. La faiblesse du nombre de praticiens de ville a une incidence sur le fonctionnement de la médecine hospitalière qui devient une médecine de premier recours sans que les pathologies le nécessitent objectivement. Cela pose par ricochet la question de la place prise par les structures hospitalières dans une situation comme la nôtre. Les conséquences de la loi sont également problématiques. Elle affecte les convergences et la permanence d'une offre publique adaptée et accessible. Je partage pleinement le point de vue du Docteur Zarka. Il faut arrêter de se raconter des histoires : le redéploiement de l'offre ne se fait pas au profit de la Seine-Saint-Denis, mais depuis la Seine-Saint-Denis vers le reste du territoire.

Toujours dans le secteur hospitalier, se pose la question de l'offre de soins et du suivi dans le domaine de la psychiatrie. Dans ce secteur, l'excellence, les initiatives novatrices ne parviennent qu'à répondre imparfaitement à des demandes nombreuses qui nécessiteraient plus de moyens, notamment en termes de personnel. Il est en effet effarant que 280 habitants de Seine-Saint-Denis doivent être exilés en Belgique pour être soignés.

L'ensemble de ces données objectives impose une réponse concertée de la part des acteurs, de l'Agence régionale de santé bien sûr, mais aussi des Villes, de la Région et du Département aux côtés de l'ensemble des professionnels. Le Président Bartolone l'a évoqué ce matin : nous y reviendrons plus longuement cet après-midi lors de la table ronde.

Il est évident que, face à des indicateurs peu réjouissants, nul ne peut laisser porter à telle ou telle catégorie d'acteurs isolée le poids d'une telle situation et la recherche de solutions. Les professionnels de santé jouent un rôle central sur notre territoire. Le développement d'une offre de soins de qualité est un véritable enjeu pour notre département. C'est pourquoi il nous faut être en capacité de penser collectivement aux dispositifs qui permettront d'améliorer l'offre de soins tout en garantissant aux professionnels de santé des conditions d'exercice satisfaisantes au plan pratique et matériel. Vous pouvez être certains que le département entend pleinement jouer son rôle dans cette réflexion.

Concernant la maternité des Lilas, sachez que nous sommes à vos côtés comme le rappelait Claude Bartolone ce matin.

Je vous remercie de votre attention.

## **Quelles recommandations, quelles préconisations pour l'accès aux soins de la population de Seine-Saint-Denis ?**

### **Les pistes d'amélioration de l'offre de soins**

**Christophe DEBEUGNY**

Ce matin, nous sommes arrivés à la conclusion que nous ne pouvons pas rester sur des constats. Nous les connaissons. Nous pouvons certes les affiner et mieux cibler les interventions utiles en fonction des besoins de la population. Cela étant, lors de ces ateliers, nous avons aussi travaillé sur des solutions et des propositions. Ces pistes vous seront présentées rapidement. Nous présenterons les positions des participants aux ateliers, puis nous poursuivrons avec une table ronde.

## **Synthèse des groupes de travail**

**Michèle VINCENTI**  
*Conseil général*

Ma présentation restera très synthétique. Cette synthèse permettra d'animer les débats. Sa brièveté risque cependant d'occulter des pans entiers de domaines majeurs de besoin. Ce matin, nous n'avons pratiquement pas parlé de la prise en charge des personnes handicapées – un problème qu'il ne faut pas oublier. Le champ est vaste, mais nous n'avons pas oublié ces sujets dans nos ateliers.

Je propose de présenter les recommandations des groupes de travail. Ce travail s'est effectué avec de nombreux participants, à l'image de la multidisciplinarité, de la diversité des professionnels et des exercices professionnels. Nous avons eu trois ateliers de décembre 2010 à avril 2011, précédés par un séminaire de travail sur l'hôpital et l'offre hospitalière publique en juillet 2010, qui avait permis d'entamer la réflexion sur l'offre de soins. Trois grandes thématiques ont été abordées :

- les pratiques professionnelles ;
- l'organisation de l'offre de soins ;
- les données disponibles.

Ce matin, nous nous sommes concentrés sur l'état des lieux. Nous aborderons, cet après-midi, le sujet des recommandations, à savoir utiliser les leviers, lever les freins et les difficultés. Les participants aux ateliers ont demandé que nous complétions l'analyse des besoins avec des données supplémentaires, mais aussi par leur mise en perspective. A ce titre, la présentation de Madame Amat-Rose était fort éclairante.

Nous devons développer et accompagner les aides à l'installation, non seulement en direction des jeunes professionnels, mais aussi en direction des professionnels qui doivent mettre aux normes leurs équipements.

Nous devons poursuivre le travail de cartographie de l'offre de soins. Nous pourrions même l'étendre à l'offre de santé, puisque nous y intégrons les structures de prévention et les PMI. Nous pourrions aussi travailler sur les différentes couches d'offre de soins dont il a été question ce matin, pour construire ces parcours de santé que propose l'Agence régionale de santé.

Nous ne devrions pas être dans l'injonction, mais vraiment dans une construction collective des diagnostics locaux adaptés aux territoires. La notion de territoire de santé est au centre des préoccupations sanitaires. L'approche territoriale de la santé est une réflexion nouvelle, qui part du principe que l'accès aux soins doit être intégré à toutes les dimensions des services de proximité. C'est ici une question d'aménagement du territoire.

Le travail de cartographie ne doit pas uniquement servir à l'état des lieux, mais aussi permettre un suivi des mesures. Didier Ménard me disait qu'il était content du travail de cartographie, mais qu'il serait encore plus content lorsque, dans trois ans, nous pourrions présenter ces mêmes cartes avec de nouveaux professionnels installés sur les zones fragilisées. Sur ces cartes, les petites croix jaunes représentent les pharmacies qui ont été déplacées à la suite de l'analyse de l'offre locale et du besoin local de structures de prise en charge.

Les professionnels parlent beaucoup du besoin d'une reconnaissance politique de leur engagement. Nous pouvons mieux le reconnaître en améliorant leurs conditions de travail et en facilitant leurs conditions d'exercice. L'amélioration des conditions de travail appelle des mesures concrètes, comme l'installation d'équipements de sécurité, la mise aux normes des locaux pour l'accessibilité des personnes handicapées, des places de stationnement ou encore le déneigement. Ces mesures pourraient facilement être mises en place par les villes. Il faut aussi améliorer les conditions d'exercice en agissant sur le transport de la population, l'accueil des enfants et l'emploi des conjoints.

Il faut, en outre, répondre à la demande de diversification de l'exercice. Comment pouvons-nous favoriser l'exercice mixte, les coopérations et surtout dépasser les problématiques de statut ? Il importe de renforcer et de soutenir le travail des réseaux. Nous devons travailler ensemble de la prévention aux soins, du sanitaire au social. Il nous faut lever les obstacles légaux et statutaires à l'exercice en réseau. Ainsi, un certain nombre de professionnels de santé nous ont fait part de leurs difficultés à exercer en libéral, mais aussi en salarié pour des raisons de statut. Peut-être pourrions-nous créer des passerelles entre les différents statuts. Pour favoriser la mise en place de coopérations, un Répertoire opérationnel départemental des ressources disponibles serait utile. Cette demande émane, notamment, des urgentistes et du centre 15. Ce répertoire, tenu à jour, faciliterait l'orientation des patients.

Je ne m'attarderai pas sur les maisons de santé, puisque d'autres vous parleront de leur développement et de la promotion de l'exercice en groupe. Ces structures devraient permettre de regrouper les médecins, mais leur dimension pluridisciplinaire y amènera aussi des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, etc. Aujourd'hui, nous recensons deux projets de cette sorte dans le département. Le projet de Saint-Denis est déjà bien avancé. Un autre est en cours de développement à Clichy-sous-Bois. L'ensemble des professionnels demandent une aide méthodologique au montage de ces dossiers, qui sont très lourds. Les aides sont identifiées et l'Agence régionale de santé est là pour faciliter la mise en place de ces dispositifs. Les collectivités se sont aussi engagées auprès des professionnels.

J'ajoute qu'il serait positif de faire de la prévention, sans pour autant mettre la clinique de côté, et de mener des projets de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé.

Un autre axe de notre réflexion nous amène à demander des solutions multiples de formation sur le réseau de l'Assistance publique et des hôpitaux publics du département. Il importerait de mettre en place un réseau de formation sur les terrains de stage. Je mettrai un bémol à cette proposition, puisqu'un stage suppose un maître de stage. Or, dans un contexte de pénurie de professionnels de santé, il est difficile d'encadrer un stagiaire et de répondre aux besoins de la pratique. Le département compte cinquante maîtres de stage. Nous pourrions développer l'offre dans d'autres structures comme le Conseil général.

Il faut également faciliter les possibilités de remplacement par les jeunes médecins non thésés dans les centres de santé et les PMI. Là encore, nous avons un obstacle administratif à surmonter.

Nous devons aussi développer les possibilités d'installation dans les zones déficitaires. Aujourd'hui, dans leur contrat, les remplaçants s'engagent à ne pas s'installer dans un certain nombre de territoires périphériques. Dans cette période de pénurie, peut-être pourrions-nous faire évoluer ces pratiques.

En termes d'attractivité, le département dispose d'un pôle de formation universitaire novateur en France avec une faculté de médecine et de formation des professionnels de santé. Là encore, il faut accompagner les étudiants dans leurs démarches – ce matin, des mesures d'accompagnement ont été exposées.

Le département propose aussi des projets ambitieux. Nous devons valoriser la première greffe de bronches artificielles qui a eu lieu à l'hôpital Avicenne. Ces projets de recherche favorisent le maintien des professionnels dans le département.

Enfin, beaucoup de villes ont mené une réflexion sur leur offre locale de santé avec les ateliers santé-ville.

Au sujet de l'attractivité, notre territoire est en pleine expansion économique. Il est riche de son histoire. Nous devons répondre à ses besoins futurs et prévoir l'évolution sociodémographique.

Ces Assises constituent le premier pas multilatéral d'une réflexion générale. Le travail sur l'analyse géographique mènera à des groupes de travail pour poursuivre l'échange et construire une analyse au plus près des besoins locaux.

Les institutions doivent évoluer dans leurs pratiques et travailler ensemble pour concentrer leurs efforts sur les zones les plus fragiles. Nous devons anticiper leurs besoins et proposer des solutions adaptées, sans pour autant délaissier l'ensemble du territoire de Seine-Saint-Denis.

## **Table ronde**

*Participaient à la table ronde :*

*Michel FOURCADE, Conseiller général délégué à la santé*

*Professeur Jean-Luc DUMAS, Doyen de l'UFR de médecine*

*Bernard KIRSCHEN, Délégué territorial de l'ARS en Seine-Saint-Denis*

*Catherine OLLIVET, Présidente de l'association France Alzheimer 93*

*Docteur Pierre MANUELLAN, Directeur du centre municipal de santé du Blanc-Mesnil*

*Docteur Pierre SUESSER, médecin à la Protection Maternelle et Infantile du Conseil général*

*Docteur Georges SIAVELLIS, médecin généraliste, élu de l'Union régionale des professionnels de santé*

*Docteur Didier MENARD, médecin généraliste*

*Docteur Jean-Victor KAHN, chirurgien-dentiste au centre municipal de santé d'Aubervilliers*

*Véronique SIMONNOT, Présidente du Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes*

### **Bernard KIRSCHEN**

Ce matin nous avons posé le diagnostic. Nous attendons vos prescriptions. Vous avez cinq minutes pour dresser votre ordonnance et présenter vos remèdes.

### **Jean-Luc DUMAS**

Merci d'avoir choisi ces lieux symboliques pour tenir cette réunion, qui met en valeur la notion de formation. Effectivement, la formation peut être un moyen de créer un lien entre le professionnel et l'institution, un lien avec l'accueil des étudiants de toutes disciplines et leur insertion dans une vie professionnelle sur le territoire. Nous sommes une UFR polydisciplinaire qui forme à la médecine, mais aussi aux sciences sanitaires et sociales, aux sciences du vivant et en STAPS<sup>5</sup>. Ces futurs professionnels peuvent être formés en interaction les uns avec les autres. Un champ santé est ainsi donné à l'ensemble de leurs objectifs.

La formation de santé est élargie puisque les concours de recrutement peuvent mener à la pharmacie, la médecine, l'odontologie, etc. Pour la formation des étudiants déjà insérés, nous avons un panel d'institutions qui ont les moyens et les compétences de recevoir les étudiants en fin de formation ou en voie de spécialisation pour leur faire découvrir le territoire.

La formation crée un lien qui peut mener à une stabilité des milieux professionnels et des réseaux, mais aussi créer une relation de confiance.

---

<sup>5</sup> Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

**Bernard KIRSCHEN**

Monsieur Manuellan, les centres médicaux de santé sont au cœur de notre offre ambulatoire. En tant que directeur de l'un de ces centres, quelles sont vos recommandations pour améliorer l'accès aux soins et l'état de santé des habitants de Seine-Saint-Denis ?

**Pierre MANUELLAN**

Ce matin, le Conseil de l'Ordre a parlé de la démographie médicale. Dans la situation actuelle, les centres de santé ont une carte à jouer. Dans les centres de santé, les médecins sont salariés et l'exercice est pluridisciplinaire. Beaucoup de jeunes médecins recherchent ce genre de pratique. Les centres de santé n'ont pas de difficulté pour recruter des généralistes, mais ils en rencontrent davantage pour recruter des spécialistes. Le dossier médical est partagé. Les centres de santé sont les supports des actions de santé publique : dépistage, vaccination, plan canicule, etc.

Nous sommes aussi des terrains d'expérimentation et de formation pour les infirmiers et les dentistes. Les difficultés que nous rencontrons reposent sur la problématique de l'accès aux droits. Nous avons beaucoup de patients sous CMU et en rupture de droit. Certains centres emploient d'ailleurs une assistante sociale, qui aide les patients à recouvrer leurs droits. Les centres de santé revendiquent que toute la population puisse accéder aux soins. Nous ne deviendrons pas des établissements uniquement pour les patients en difficulté, mais de nombreux centres prennent cette problématique à cœur.

Il nous est reproché de coûter cher. Pourtant, nous ne coûtions pas cher à la Sécurité sociale et à l'Etat. Nous vivons de nos actes de santé et d'une subvention municipale d'équilibre. Il faudrait évaluer tous les coûts induits par le travail autre que les soins. Une étude à ce sujet est en train d'être menée par l'Agence régionale de santé.

**Bernard KIRSCHEN**

La présence de chirurgiens-dentistes est particulièrement faible en Seine-Saint-Denis par rapport aux autres départements d'Ile-de-France. Il s'agit d'un véritable sujet de santé publique, l'absence de soins dentaires pouvant avoir des conséquences sanitaires à long terme, bien au-delà de la question dentaire. Docteur Kahn, que pouvez-vous partager avec nous au sujet de l'accès aux soins dentaires et quelles sont vos préconisations ?

**Jean-Victor KAHN**

J'ai passé toute ma vie professionnelle en centre médical. Je participe aussi au Programme de prévention bucco dentaire du département. Cet aspect de la politique de santé publique ne doit pas être négligé.

Dans le département, nous observons un vieillissement des professionnels. Le rapport population/nombre de professionnels est le moins favorable d'Ile-de-France. Nous sommes en outre le seul département de la petite couronne qui ne dispose pas d'un service hospitalier universitaire d'odontologie.

Une offre de soins dans le domaine bucco dentaire est indispensable. Nous traitons la carie, la maladie parodontale, l'orthodontie et les traumatismes. Les deux premières peuvent être prévenues. Nous pourrions envisager de n'avoir à terme que des traitements préventifs comme le détartrage. La réalité est toute autre. Pour la plus grande partie de la population que nous voyons dans nos cabinets, il est déjà trop tard. Les pathologies sont installées.

Quels sont les freins à la fréquentation des cabinets dentaires ? Le frein financier est toujours cité. Ici, la protection sociale est mise en cause. Dans l'état actuel, une partie des patients doit disposer d'une complémentaire pour accéder aux soins. Pour les plus faibles revenus, ce problème semble résolu avec la CMU. En revanche, pour toute une frange de la population, l'acquisition d'une complémentaire n'est pas faisable. Cette partie de la population n'a pas accès à tout ou partie des soins. C'est aussi le cas des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, qui ont certes une complémentaire sur les soins, mais pas sur les prothèses. Pourtant, l'un des principaux freins est surtout socioculturel. Les patients n'attachent pas d'importance à leur santé bucco dentaire. Le dernier frein est structurel, à savoir l'accessibilité géographique et les délais d'attente.

Les professionnels éprouvent des difficultés à s'installer, en raison de la manière dont est conçue la nomenclature, avec une faible prise en charge des actes de prévention et de soins. Pour les cabinets libéraux et les structures collectives, l'équilibre financier n'est obtenu que pour les actes en direct ou hors nomenclature. Ces actes sont alors payés par le patient ou la complémentaire. Pour le professionnel, le poids financier du plateau technique doit également être évoqué. Il importe donc de souligner l'importance, lors de l'installation, de la solvabilité de la population. Ces temps derniers, nous avons assisté à la fermeture du centre mutualiste de Villetaneuse et des centres de la Croix Rouge à Bagnolet, au Blanc-Mesnil et à Epinay.

A Pierrefitte, en 1987, les dépenses de fonctionnement étaient équilibrées par les remboursements de la Sécurité sociale à hauteur de 60 %, par la contribution des familles et des mutuelles pour 33 % et par la ville pour 7 %. En 1985, est survenu le blocage des lettres-clés d'orthodontie et de prothèse. En 1999, avec une activité comparable, les remboursements de la Sécurité sociale ne représentaient plus que 33 % des recettes. Les recettes provenant des patients étaient toujours de 33 %. La participation de la commune était donc passée à 33 %, soit un effort important qui révèle la volonté de maintenir un outil de santé pour la population.

Sur le département, nous avons observé un nouveau type de centre dentaire, qui s'adresse principalement aux bénéficiaires de la CMU et à une patientèle qui bénéficie d'une bonne couverture complémentaire. L'expérience montre que ces établissements ne répondent pas aux demandes de soin des enfants, ni aux demandes non programmées.

J'ai laissé entendre que notre intervention était trop tardive. Dans ma pratique professionnelle au centre municipal d'Aubervilliers, 38 % des passages se font sans rendez-vous. Nous satisfaisons ainsi à une demande d'accueil pour répondre à l'inconfort ou à la douleur. La réponse à cette demande pénalise les cabinets, parce que les actes de consultation de chirurgie sont particulièrement mal cotés. Les actes qui permettraient un équilibre financier n'interviennent qu'à la fin du traitement, qui est conditionné par l'assiduité des patients. Or cette assiduité est très variable d'une population à l'autre.

La prévention est particulièrement importante dans notre domaine. Sur ce point, exercer en Seine-Saint-Denis est un atout. Depuis plus de 25 ans, le département, avec les communes, l'Inspection Académique et la CPAM, a mis en place un ambitieux programme de prévention. Il s'inspire de

l'idée que la bonne santé bucco dentaire ne s'obtiendra que par une prise de conscience des attentions quotidiennes qui doivent y être apportées. Il passe par l'information des parents et des enfants relayée par des sources multiples : personnels de PMI, enseignants, professionnels de santé, animateurs de prévention, parents d'élèves, etc. Ces informations doivent être en cohérence avec les autres discours de santé. Par une mise en œuvre partenariale avec les communes, les équipes locales peuvent imaginer des approches originales pour la réussite du programme. Les enquêtes épidémiologiques démontrent l'amélioration des indices Tardieu, malgré des inégalités selon les territoires cependant.

Les programmes de prévention révèlent une double contradiction : d'un côté, l'initiateur du projet le finance avec des engagements annuels ; de l'autre, le bénéficiaire (population et assureur) en tire un bénéfice significatif pour les années futures. Nous devons nous féliciter du partenariat entre le Conseil général et la CPAM, qui illustre leur convergence d'intérêt. Aussi, ne pourrions-nous pas élargir le partenariat à la Mutualité ?

La prévention est un travail de longue haleine, un travail toujours renouvelé par l'arrivée de nouvelles générations. Nous devons prendre en compte la lassitude des équipes, qui doivent reprendre le message annuellement. La participation à la sensibilisation des acteurs locaux de prévention et leur passage dans les écoles sont des éléments importants pour la réussite du dispositif.

Dans le cadre du programme départemental, un certain nombre d'étudiants de 6<sup>ème</sup> année ont fait leur stage de santé publique dans les communes avec l'appui du département, ce qui permet de faire connaître les réalités de la Seine-Saint-Denis aux étudiants. A Aubervilliers, pour notre dernier recrutement, nous avons choisi un jeune praticien qui avait fait son stage de santé publique à Saint-Denis et qui a souhaité intégrer l'équipe du centre de santé.

Enfin, nous avons bon espoir de voir les praticiens de centres de santé devenir maîtres de stage en odontologie pour les étudiants de 6<sup>ème</sup> année.

### **Bernard KIRSCHEN**

Madame Ollivet, vous êtes Présidente de l'association Alzheimer 93 et vous êtes membre de la Conférence de Territoire de santé Seine-Saint-Denis. Quelle est votre prescription pour régler la question de l'offre de santé dans notre département ?

### **Catherine OLLIVET**

Il est assez significatif que je sois le seul usager. Je suis le fruit du mariage de la loi de mars 2002 sur les patients et de la proclamation de la démocratie sanitaire avec l'arrivée des Agences régionales de santé. Je suis aussi à la CRSA.

En tant que représentante des usagers, j'estime que le principe de démocratie implique de toujours préserver le droit au choix, y compris en cas de pénurie ou de difficulté.

J'ai appris que rien n'était ni tout blanc, ni tout noir dans le monde de la santé. Les difficultés peuvent aussi être un moteur à la créativité et à l'innovation. Ma première préconisation serait d'oser : oser imaginer, oser créer, oser innover, sans sectarisme.

Il existe une seule condition à l'expérimentation. L'argent public étant rare, nous avons le devoir d'évaluer. Nous devons évaluer en faisant rentrer un regard extérieur, puis analyser. Sans la participation de l'utilisateur, toute évaluation est nulle et non avenue.

Le vocabulaire est aussi important : rationaliser est un devoir, mais ce terme ne devrait pas être synonyme de rationner. Un terme utilisé ce matin par Monsieur Evin me semble à ce titre approprié : l'efficacité. En effet, l'argent doit être bien utilisé, parce qu'il est difficile à gagner. Nous avons le devoir de ne pas le dilapider.

Il n'existe pas d'accessibilité au choix sans information. L'accessibilité passe par les transports, la sécurité et les trottoirs déneigés, mais avant tout par l'information. Si vous ne savez pas ce à quoi vous avez droit et qui peut répondre à vos besoins, il vous sera plus difficile de bénéficier de soins de qualité.

Aujourd'hui, nous nous devons d'exploiter l'évolution des moyens technologiques. Nous disposons de l'information ponctuelle, de l'information Internet. Le docteur n'est plus le seul détenteur de la connaissance. Les patients puisent dans les différents champs d'information. Nous avons donc un devoir éthique de veiller à la qualité de l'information donnée.

En outre, avec les moyens disponibles, actualiser ne devrait jamais être un problème. L'information doit aussi être accessible aux handicapés, aux personnes en difficulté sociale, aux personnes âgées et aux populations étrangères.

Parmi les acteurs de la santé, les pharmaciens me semblent particulièrement importants pour diffuser l'information au quotidien.

J'ajouterai que la santé n'est pas qu'une question d'offre de soins. La santé doit être appréhendée tout au long de la vie, de la naissance à la mort. Elle existe dans ses aspects de prévention, mais aussi de soins aigus et de soins chroniques. Nous devons donc nous accorder sur le sens profond du mot santé.

Ce matin, Claude Evin nous a rappelé le sens du mot « santé ». Il importe encore qu'à l'Agence régionale de santé, le mot « santé » ne soit pas cloisonné. A ce titre, l'Agence régionale de santé devrait accueillir des acteurs transversaux.

Aujourd'hui, dans le cadre de la démocratie sanitaire, notre avis nous est demandé, mais nous ne sommes pas décisionnaires. Il faut un arbitre qui juge en toute équité entre des légitimités, qui semblent aussi valables les unes que les autres. J'éprouve une grande compassion pour celui qui tient ce rôle difficile d'arbitre, à savoir Claude Evin.

## **Bernard KIRSCHEN**

Monsieur Siavellis est médecin généraliste depuis de longues années en Seine-Saint-Denis, et responsable syndical élu de l'Union régionale des professions de santé (URPS) pour notre département. Ce syndicat est un interlocuteur régulier de l'Agence régionale de santé. Avec ce syndicat, l'Agence tente de mettre en place un partenariat sur les soins ambulatoires.

**Georges SIAVELLIS**

C'est un rôle difficile que de représenter 65 000 professionnels de santé libéraux d'Ile-de-France. Ces derniers sont actuellement regroupés dans les neuf URPS qui existent en Ile-de-France, une dixième se faisant attendre. Notre rôle est de travailler et de proposer. A ce titre, je ferai quelques recommandations.

Dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins ambulatoire de notre région, nous avons demandé à l'Agence régionale de santé de travailler sur quelques points qui nous semblent importants.

- renforcer le Portail Soigner en Ile-de-France  
Ce portail a été mis en place par les Ordres départementaux des médecins, l'URPS médecins, le syndicat des internes et le syndicat des chefs de clinique. Ce portail doit être ouvert aux autres professions de santé et aux institutions. Il permet de trouver le moindre professionnel libéral d'Ile-de-France dans son canton, dans sa commune, avec tout ce qui existe autour.
- développer les journées découvertes du tissu sanitaire départemental  
Nous avons eu l'occasion de les organiser en Seine-Saint-Denis en présence des doyens. Etaient invités les jeunes médecins et internes de Seine-Saint-Denis. Ces journées permettent de rencontrer les praticiens en exercice. Nous sommes en train d'étendre ces journées à tous les départements franciliens.
- développer des permanences locales  
Nous préconisons des permanences locales où l'Agence régionale de santé, l'Ordre des médecins, les URPS pourraient accueillir une fois par mois les jeunes médecins qui souhaitent s'installer dans notre département. Ainsi, ils seraient en mesure de rencontrer tous les acteurs indispensables à leur installation.
- poursuivre le diagnostic  
Nous voulons poursuivre le diagnostic commencé dans les territoires et le partager avec l'expérience de l'association RIR, et donc avec les collectivités et les médecins. Nous souhaitons rassembler tout le monde autour de la même table pour trouver des solutions.
- recenser et aider à la création de structures d'exercice collectif tout en faisant le bilan de l'existant  
Dans notre département, il existe beaucoup de structures pluridisciplinaires qui ne sont pas très connues pour le moment.
- bénéficier d'un traitement équitable  
J'émet le souhait que l'Agence régionale de santé traite la Seine-Saint-Denis de la même manière que les autres départements. Nous n'avons pas besoin d'être stigmatisés. Nous devons éviter certaines planifications décidées par des collectivités, lesquelles, dans certaines régions, ont été des échecs.
- mutualiser les ressources  
Je souhaite que toutes les ressources soient mutualisées et qu'un effort collectif permette d'éviter la dispersion et la confusion.

**Bernard KIRSCHEN**

Le Docteur Ménard est médecin généraliste à Saint-Denis, président d'une association de santé publique, l'Association communauté santé bien-être, et porteur d'un projet de maison de santé de proximité. Il connaît la pratique médicale dans les zones défavorisées.

**Didier MENARD**

Je ne vous parlerai pas du projet de maison de santé au Franc Moisin, qui ouvrira en septembre avec six jeunes médecins, ni de l'inventaire de l'accès aux soins. Je ne vous parlerai pas non plus des causes pour lesquelles vous êtes présents ce jour, bien qu'elles méritent un vrai débat. Comment se fait-il que la 5<sup>ème</sup> puissance économique mondiale, avec un système de protection sociale solidaire, soit obligée de tenir des Assises sur l'accès aux soins et l'offre de soins ? Je vous laisse le soin d'y réfléchir. Je ne vous parlerai pas non plus de l'Agence régionale de santé. J'aimerais bien que celle-ci informe les députés et notre Gouvernement que, si nous travaillons sur le terrain à l'accès aux soins, ils ne sont pas obligés de voter des lois qui nous compliquent la vie tous les jours. Quel est l'intérêt que l'aide médicale d'Etat devienne de plus en plus compliquée dans l'accès et que l'AP-HP fixe le tarif des chambres individuelles à 45 euros la nuit à l'hôpital public ? Si l'Agence régionale de santé devenait un peu plus rebelle et transmettait aux élus les réalités du terrain, la lutte contre les inégalités sociales de santé prendrait plus de sens.

Ce jour, je voudrais m'adresser à tous les soignants. J'aimerais qu'ils fassent une révolution dans leur tête, qu'ils comprennent enfin que la médecine moderne consiste à renverser un tabou. Ce ne sont plus les patients qui doivent s'adapter aux médecins, mais les médecins qui doivent s'adapter aux patients. Un professionnel de santé peut être le meilleur des soignants et proposer le meilleur traitement, mais à quoi cela sert-il si le patient n'y a pas accès pour des raisons diverses ? Nous devons nous préoccuper d'une autre dimension du soin, qui ouvre sur la santé. Il nous faut nous préoccuper de la réalité exacte des patients qui viennent nous consulter, nous interroger sur la couverture médicale, sur la compréhension et sur tout ce qui fait que l'accessibilité devient une réalité. Sans cela, je pense que les soignants porteront une responsabilité dans le nonaccès aux soins. Nous devons rompre avec la culture selon laquelle ceux qui détiennent le savoir sont dans une relation de dominé à dominant.

Je demande que les professionnels de la santé deviennent des professionnels militants.

**Bernard KIRSCHEN**

Nous essayons de faire en sorte que le plus grand nombre possible de professions médicales puissent s'exprimer au cours de ces Assises. Nous avons déjà été amenés à aborder le sujet de la natalité et des maternités du Département de nombreuses fois. Nous nous devons donc d'entendre la parole des sages-femmes s'exprimer, à travers Madame Simonnot.

**Véronique SIMONNOT**

Tout au long de la journée, j'ai entendu que les chiffres de périnatalité se dégradent dans notre département. Le nombre de grossesses non suivies augmente. Par ailleurs, notre département a le plus fort taux de natalité. J'ai entendu que l'offre de soins en libéral est inférieure à la moyenne

nationale. J'ai entendu que le nombre de généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens était insuffisant et de surcroît en baisse. J'entends que la Seine-Saint-Denis a un besoin accru d'offre de soins de ville, ainsi qu'un besoin accru de prévention et d'éducation à la santé.

Pourtant, dans les états des lieux, dans les discours et dans les bilans, les sages-femmes ne sont pas prises en considération. Je sais, que nous avons peu de temps pour traiter d'un bien vaste sujet et que la cartographie n'était pas complète, mais ce constat m'interpelle tout de même.

Dans notre département, les sages-femmes sont en souffrance. Nous sommes en nombre insuffisant. Nous constatons un nombre d'accouchements par an et par sage-femme qui est le double de la moyenne nationale. Il est déraisonnable et même dangereux de demander plus aux sages-femmes, qui exercent au sein des maternités. Nous sommes fières de notre double compétence mère-enfant. Cependant, nous ne pouvons pas remplacer les autres professionnels de santé.

Le secteur libéral a triplé en moins de dix ans pour les sages-femmes, malgré l'insécurité, le manque de locaux et le manque de transports. Nous avons rattrapé les chiffres nationaux pour atteindre 10 % de sages-femmes en libéral. Ce chiffre correspond à la moyenne nationale.

Rappelons que les sages-femmes sont capables d'effectuer 80 % du suivi des femmes et des nourrissons de manière autonome. Replaçons les sages-femmes au cœur de la périnatalité. Elles sont les expertes de la physiologie. Osons laisser la surveillance des grossesses, des accouchements et le suivi des nouveaux-nés aux sages-femmes. Laissons le suivi gynécologique de prévention aux sages-femmes. Laissons la pathologie aux spécialistes. Soyons plus cohérents dans l'utilisation des professionnels de santé.

Une gestion plus cohérente des ressources de santé serait facile avec de la volonté politique. Maintenons les maternités ouvertes. Le département ne peut plus supporter de fermetures. Informons les patientes de l'existence et de la compétence des sages-femmes.

Incluons les sages-femmes dans le parcours de soins. Elles sont, je le rappelle, des professionnelles de santé de premier recours au même titre que les généralistes. Aujourd'hui, quand une sage-femme adresse une de ses patientes à un spécialiste, la femme est pénalisée. Elle doit payer. Améliorons le travail en réseau et incluons-y les sages-femmes. Favorisons le déplacement à domicile ; pour cela nous devons valoriser ce déplacement.

La mise en place de cette politique serait facile et possible à réaliser avec les sages-femmes libérales. Une enquête du Conseil général a montré qu'une majorité d'entre elles souhaiterait augmenter son activité. À l'heure actuelle, pour la majorité des sages-femmes, le suivi de grossesse concerne entre 5 et 10 % de leur activité – une aberration.

Je tiens, en outre, à rappeler que le tarif des soins prodigués par les sages-femmes défie toute concurrence. Osons et informons !

## **Bernard KIRSCHEN**

Nous parlions de la prise en charge de la mère et de l'enfant dans notre département ; nous devons aussi parler de l'importance de son réseau de protection maternelle et infantile. La PMI est un dispositif de prévention qui, grâce à son positionnement, porte un regard particulier sur l'offre de

soins en Seine-Saint-Denis. Je demande donc au Docteur Pierre Suesser médecin de la PMI de nous faire partager son point de vue.

### **Pierre SUESSER**

Le sujet de l'offre de soins est un sujet global. Je vais tenter d'exposer la manière dont nous pourrions améliorer et préserver l'offre de soins en prévention pour la PMI et la planification familiale. Je me focaliserai essentiellement sur les conditions à rassembler pour préserver la capacité d'intervention du service de PMI, qui joue un rôle primordial pour combattre les inégalités en santé familiale et infantile du département.

Pour illustrer le rôle important de ces services, nous pourrions citer les excellents taux de vaccination infantile, les résultats de la lutte contre le saturnisme et l'accès facilité à la contraception. En outre, nous ne devons pas oublier le travail d'ensemble effectué autour du développement de l'enfant et de la parentalité. Il repose sur une approche préventive globale médico/psycho/sociale, qui ne se cantonne pas à prévention trouble par trouble. Si cet édifice de la PMI devait être compromis par l'évolution de la démographie des professionnels de santé, l'ensemble de ces acquis serait menacé. Je n'évoquerai pas ici le maintien du niveau de financement de la PMI, bien que des négociations à ce sujet soient en cours.

Il existe, à mon avis, un faisceau de pistes pour renforcer l'attractivité de notre département aux professionnels de santé. Nous devrions, pour commencer, développer des mesures d'attractivité statutaire pour contrecarrer la tendance défavorable de la démographie professionnelle. Nous devrions obtenir des pouvoirs publics nationaux des revalorisations statutaires et indemnitaires, pour mettre fin aux disparités existantes avec les autres professions de la fonction publique pour les médecins, les puéricultrices, les sages-femmes et les auxiliaires de puéricultures. Les rémunérations des personnels contractuels devraient être alignées sur les rémunérations les plus favorables, comme celles des CMS.

Pour les médecins qui travaillent en PMI et en CMS, la question des licences de remplacement se pose aussi. La qualification en tant que spécialistes, des médecins qui exercent dans nos services, est aussi un sujet qui doit être traité par l'Ordre national des médecins et le Ministère.

Afin de mieux faire connaître le travail des PMI, toute une série de mesures de sensibilisation à notre action a été mise en place à l'égard des personnels en formation, avec la diffusion d'informations sur nos missions, des stages dans nos services, des formules contractuelles. Ces actions sont essentielles au sein du plan de recrutement engagé par le département.

Pour améliorer l'attractivité de nos métiers, nous devons renforcer la dimension globale des missions de prévention de santé, en mettant l'accent sur l'articulation entre l'activité clinique et l'engagement dans des projets de santé publique. Certains de nos projets peuvent être mis en exergue et constituer des perspectives de travail stimulantes pour de jeunes professionnels. Je pense, notamment, à la mobilisation sur la mortalité infantile et à des enjeux de santé publique de prévention comme l'exposition aux écrans des petits. Ce dernier chantier entre en ligne de compte de façon multidimensionnelle et complexe dans les phénomènes d'obésité, de difficulté de concentration et de retard du langage. Pour répondre à ces problèmes, nous devons les replacer dans un contexte global de la situation de l'enfant.

Cette dimension globale de nos missions de santé renvoie à l'exercice pluri-partenarial, qui est une des conditions d'attractivité à mettre en avant auprès des futurs professionnels. Dans notre activité, il existe des partenariats évidents pour le suivi des familles. Nous devons renforcer ces liens et les cultiver dans le cadre de séminaires de travail, de projets communs, de formations et de projets de recherche conjoints.

Un élément majeur de l'offre de soins pour un service comme la PMI repose sur la bonne coordination avec ses partenaires. Elle est, aujourd'hui, mise en péril par les difficultés croissantes rencontrées par la santé scolaire, la psychiatrie enfant-adulte, l'offre de soins libérale et hospitalière. Nous devons soutenir et revitaliser ce tissu pour avoir une offre de soins mieux coordonnée.

Pour conclure, si nous souhaitons rendre désirable l'exercice en PMI, nous devons recruter des profils mixtes qui souhaitent d'une part exercer à l'hôpital et en CMS, et d'autre part en PMI ou au Conseil général. Nous devons trouver un équilibre pour ne pas tomber dans une polyvalence éclectique. Nous pourrions imaginer une palette de réponses adaptées, qui associeraient des missions en PMI et CMS, ou PMI et MDPH secteur enfants, ou PMI et services hospitaliers de pédiatrie et de gynécologie. Pour finir, nous devons garder à l'esprit qu'il existe bien un métier de professionnel de PMI, qui est susceptible de susciter des vocations si certains obstacles statutaires sont levés.

## **Bernard KIRSCHEN**

À mon tour de répondre à la question à laquelle nous tentons collectivement de répondre lors de cette table ronde.

Lorsque vous parlez de pleine compétence de l'Agence régionale de santé, je dois vous préciser que nous parlons ici de compétence administrative et non de pouvoir absolu. Dans le cas de l'offre de soins ambulatoires, la loi donne pour mission au Directeur général de l'Agence régionale de santé de réaliser un Schéma régional de l'offre de soins ambulatoires, mais il n'a rien à voir avec le schéma régional de l'offre de soins médicosociale. Il s'agit, en effet, d'un schéma indicatif sans pouvoir de contrainte sur les professionnels de santé exerçant en libéral. Notre mission est donc de convaincre ces derniers. Nous sommes dans une démarche de conviction, raison pour laquelle nous parlons de démocratie sanitaire.

J'aurais en outre préféré que nous parlions d'offre de santé plutôt que d'offre de soins. Nous devrions réussir à nous convaincre que l'offre de santé est plus importante que l'offre de soins, qui ne constitue qu'un des éléments de la santé.

Au sujet de l'ambulatoire, la question des soins de premier recours est la plus prégnante. Nous ne pouvons nous permettre d'avoir un médecin généraliste à quinze kilomètres du domicile de ses patients, comme nous le constatons dans certaines zones rurales. Ce sujet est tout particulièrement sensible dans le 93.

Il peut être traité tout simplement en disant qu'il existe une pénurie des professionnels de santé. Pourtant, si nous regardons les données de l'Ordre national des médecins, nous constatons que le nombre de médecins en exercice au niveau national est stable avec une légère tendance à la baisse. Elle ne peut cependant pas expliquer la pénurie rencontrée dans certaines régions rurales et certains territoires en difficulté. La véritable difficulté est donc de convaincre les professionnels de santé

qu'il existe de belles opportunités professionnelles dans l'ambulance. Nous devons développer de nouveaux modes d'organisation des soins de premier recours pour convaincre les professionnels de santé de venir réaliser leur mission dans ces territoires. Les jeunes médecins sont avides de modes d'organisation collectifs et pluriprofessionnels, qui leur permettent de faire autre chose que d'enchaîner les consultations les unes après les autres. Nous tâchons de répondre à ces aspirations en expérimentant de nouveaux modes de rémunération. Dans d'autres régions, nous recourons aussi au concept de délégation de compétences, qui permet à un médecin de confier un malade à une infirmière pour le suivi des maladies chroniques. Cette réflexion doit être rapidement développée en Seine-Saint-Denis si nous souhaitons éviter l'apparition de déserts sanitaires.

Pour mon deuxième point, je souhaiterais parler de l'hospitalisation. Nous sommes confrontés au paradoxe de la Seine-Saint-Denis. En quantité de soins consommés, nous sommes dans la moyenne régionale. Pour autant, si nous regardons les soins produits dans le département, nous sommes loin de la moyenne régionale. Autrement dit, une grande partie des soins consommés par les habitants de Seine-Saint-Denis l'est à l'extérieur du département.

Ce déséquilibre est le fruit de notre histoire. La Seine-Saint-Denis comptait 700 000 habitants dans les années 80 et nous sommes aujourd'hui 1,4 million. En revanche, notre appareil hospitalier est resté centré sur notre cœur de région, c'est-à-dire Paris. Dans les décennies à venir, nous devons réorienter notre appareil hospitalier.

Aujourd'hui, les hôpitaux de ce département doivent se battre pour regagner des parts de marché de clientèle locale, qu'ils ont perdues. Une grande partie de la population décide dès le départ de se faire soigner hors du département. J'ai eu des conversations récentes durant lesquelles j'ai pu constater qu'au travers des médecins généralistes, des ouï-dire et de leurs connaissances, de nombreux habitants du département font le choix d'aller se faire soigner à Paris. Sur le secteur 93-1, au sud du département, les deux tiers des actes de chirurgie sont réalisés hors du secteur. Vers Melun, plus de la moitié des actes sont réalisés sur Paris.

Nous ne pourrions pas rétablir la situation et développer les hôpitaux du département, si nous ne nous focalisons que sur une frange de la population. Il nous faut, certes, prendre en charge les populations les plus pauvres, mais nous devons aussi redonner le goût de fréquenter nos établissements de santé à notre classe moyenne. Dans ce but, nous devons faire un effort d'information du grand public sur nos performances.

Je vous rappelle que nous nous trouvons à quelques pas de l'hôpital Avicenne où a été réalisée une première médicale mondiale. Pourtant, lorsque nous entendons parler de cet établissement, bien trop souvent nous entendons évoquer ses difficultés, la misère de ses patients, la situation de son service des urgences. Je trouve ça très surprenant.

Ma carrière m'a amené à un exil de deux ans dans les Hauts-de-Seine. Je me suis alors rendu compte du regard différent, qui est porté sur notre département. Les Hauts-de-Seine ont aussi des communes populaires et des SDF. Il n'y a pas de Roms, par contre. Pourtant, les établissements hospitaliers de ce département sont associés à une image de performance et de renommée. Quand la Seine-Saint-Denis est évoquée, il est toujours question de misère et de difficultés. Nous ne devons pas occulter cet aspect de la réalité. Nous devons, cependant, être attentifs à ne pas faire une présentation caricaturale et misérabiliste de ce département, qui est riche de bien des manières.

**Michel FOURCADE**

Je ferai trois constats. Le département a une offre de soins contrastée, avec un taux d'équipement hospitalier inférieur à la moyenne régionale et de faibles densités en matière de professions libérales. Nous avons une population jeune, globalement dans une situation de grande précarité. Ces disparités se retrouvent aussi à l'intérieur du département, notamment entre l'est et l'ouest. Nous pouvons identifier plusieurs zones de Seine-Saint-Denis en voie de désertification médicale.

Le département travaille activement pour améliorer l'offre de soins. Avec une subvention de 50 000 euros, le Conseil général a soutenu la création sous l'égide de l'université d'une classe préparatoire au concours des études de santé. Il nous semble important d'inciter les futurs professionnels de santé à rester dans le département dès le début de leurs études. En effet, les préparations privées privent le département de nombreux talents, soit parce qu'elles sont inaccessibles financièrement aux élèves, soit parce qu'à l'issue de la formation, ils poursuivent leurs études dans un autre département.

Nous proposons, en outre, dix bourses de 10 000 euros pour les internes en médecine qui s'engagent à travailler pour les services départementaux. Elles visent à fidéliser les professionnels qui souhaiteraient rester dans le département. J'ai reçu dans ma mairie des étudiants en médecine et en kinésithérapie. Combien d'entre eux resteront dans le département ? Si nous ne faisons pas d'efforts pour les inciter à rester, nous rencontrerons de nombreux problèmes. La pénurie est particulièrement prégnante pour les infirmiers.

Nous avons encore peu évoqué les réseaux de santé. Nous proposons des aides de 10 000 euros pour permettre le développement de ce type de structures, en partenariat avec l'Agence régionale de santé, la Région, l'Assurance maladie et les villes. Le regroupement des professionnels de santé permet une meilleure sécurité physique, mais aussi de limiter les coûts.

Nous devons aussi soutenir les PMI. Nous en avons 118, qui font un travail important et nécessaire dans notre département. Nous devons avoir des professionnels dans tous les centres de PMI, ce qui n'est pas actuellement le cas. Un plan exceptionnel de recrutement des professionnels de santé pour les services départementaux vient de débuter pour assurer leur pérennité. J'espère une fois encore que les financements de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie soutiendront cet effort.

Nous devons, par ailleurs, mener une réflexion sur les incitations fiscales pour les professionnels de santé. Ce matin Madame Dermer a évoqué les zones franches. De mon point de vue, ces zones sont utiles, mais elles créent aussi des inégalités entre les territoires. Sur l'ensemble de la Seine-Saint-Denis, ou au moins dans les zones déficitaires en offre de soins, les professionnels de santé devraient bénéficier des mêmes avantages que dans les zones franches. J'ai déjà écrit au Préfet à ce sujet.

Nous devons, en outre, prêter attention à la pertinence de l'échelle du territoire sur lequel nous travaillons et à ses réalités socioéconomiques.

Enfin, nous devons faciliter l'accueil des étudiants chez les professionnels déjà installés dans nos centres de santé, nos centres de PMI et auprès de professionnels libéraux. Il est important de faire découvrir les réalités locales du métier aux étudiants en santé de Seine-Saint-Denis. Nous

pourrions, notamment, réfléchir à une manière de dédommager ceux qui s'engageraient en tant que tuteurs auprès des étudiants et qui les encourageraient à venir s'installer en Seine-Saint-Denis.

## **Débats et échanges avec la salle**

### **Jean-Paul le BRONNEC**

Je m'adresse à Messieurs Kirschen et Fourcade. Je suis surpris de vous entendre dire que vous êtes engagés dans la démocratisation. Il me semble que les psychiatres se sont opposés à la réorganisation, initiée par l'Agence régionale de santé, du soin en pôles plutôt qu'en secteurs. Ces derniers permettent, pourtant, d'offrir des soins au plus proche des populations.

Ce matin, j'ai parlé de la précarité des malades psychiques. Je suis inquiet, parce que j'ai entendu dire qu'un certain nombre d'allocations aux adultes handicapés (AAH) seraient supprimées. Je souhaiterais avoir des assurances de votre part à ce sujet. Si ces allocations sont supprimées, je vois difficilement comment les malades pourraient se loger en maisons d'accueil ou en appartements associatifs.

### **Bernard KIRSCHEN**

Il n'est pas question de supprimer les secteurs et intersecteurs. Des travaux sont en cours dans les établissements de Ville Evrard pour la mise en place d'une nouvelle organisation à l'instar de l'expérience menée dans les hôpitaux MCO<sup>6</sup>. Cette organisation demande la constitution de pôles. Cette initiative ne remet pas pour autant en cause l'organisation actuelle.

Ce matin, vous aviez évoqué la question du recrutement de praticiens hospitaliers à Ville Evrard. Sachez que l'Agence régionale de santé est intervenue auprès de la Direction de l'établissement pour que les recrutements nécessaires soient faits.

Pour l'allocation AAH, je ne l'attribue pas et je ne la paye pas. Je laisserai donc le soin de répondre à cette question à d'autres.

### **De la salle**

Je suis une usagère pas du tout résignée. Je fais partie de la CADAC<sup>7</sup> pour l'avortement, du Collectif pour le droit des femmes. Nous avons fait passer la loi sur les violences faites aux femmes. Notre groupe de femmes du 20<sup>ème</sup> arrondissement a constaté la fermeture du centre IVG de l'hôpital Tenon. Nous nous sommes battues pendant un an et demi, et nous avons obtenu sa réouverture. Je pense que nous pouvons obtenir des résultats pour la défense des droits des usagers en nous mobilisant.

---

<sup>6</sup> Médecine Chirurgie Obstétrique

<sup>7</sup> Coordination des Associations pour le Droit à la Contraception et à l'Avortement

En tant qu'usagère, j'ai soigné ma mère pendant dix ans. En arrivant ce matin, je pensais : « nous aurons du mal à nous faire soigner et il nous faudra payer ». Maintenant, je me demande si nous réussirons à nous faire soigner même en payant très cher. Que nous restera-t-il après les coupes budgétaires ?

Je me suis occupée de ma maman pendant dix ans. Lorsque je l'ai emmenée à l'hôpital parce qu'elle risquait de s'étouffer, les médecins m'ont dit que ce ne serait pas bien qu'elle « dure » trop longtemps dans cet état, parce qu'elle risquait de souffrir. J'ai compris que le personnel ne souhaitait pas qu'elle encombre trop longtemps un lit d'hôpital. J'ai alors exprimé mon souhait de la laisser partir à son rythme. Comme par hasard, elle est morte un vendredi. J'ai entendu dire que le vendredi de nombreux lits se libèrent dans les hôpitaux. Je me demande si les politiques, mises en œuvre dans notre pays depuis des années ne sont pas là pour nous faire mourir 10 ans plus tôt pour résoudre les questions d'habitation, de retraite...

### **Michel FOURCADE**

Je souhaitais répondre à l'intervenant précédent. Vous avez fait une confusion entre le rôle de l'Etat et celui du Conseil général. Nous intervenons du mieux qu'il nous est possible. Il existe un déficit important d'établissements pour les personnes handicapées. Un travail énorme doit être fait. Je rappelle, cependant, qu'en quelques années nous avons rattrapé un retard important.

### **Gabriel Le GARREC**

Sur la problématique infirmière, j'évoquais une coopération entre le Conseil général, le Conseil régional et, peut-être, d'autres instances, afin de créer un grand pôle de formation sanitaire et sociale. Il existe une attente énorme dans ce sens. Nous devons rapidement nous rencontrer pour répondre à cette urgence.

Je me permettrai une réflexion en tant que citoyen. Au cours des débats, j'ai entendu dire que la démocratie sanitaire était en marche avec l'Agence régionale de santé. Mon analyse va dans le sens contraire. Je trouve inquiétant que la Conférence régionale de santé s'autoproclame Parlement des usagers. Je rappelle qu'elle n'est pas constituée d'élus. Il doit y avoir des contre-pouvoirs citoyens. L'Agence régionale de santé est, certes, constituée de techniciens compétents, mais les technocraties ne sont pas forcément démocratiques. Le Conseil régional, lui, est bien élu. Avec la réforme des assemblées territoriales, la démocratie sanitaire est à notre portée.

Un dernier mot au sujet de l'établissement de Ville Evrard, où 20 à 24 postes de praticiens hospitaliers devraient être recrutés. J'aimerais savoir dans quels délais.

### **Bernard KIRSCHEN**

Le recrutement du personnel dépend du Directeur de l'établissement.

**Gabriel Le GARREC**

En dix ans, cet hôpital a perdu 130 postes infirmiers, qui ont été reconvertis avec le recrutement d'autres personnels. Pourtant, force est de constater qu'il existe une carence importante en personnel de premier recours après certaines heures le samedi et le dimanche. Les personnels infirmiers sont très utiles, mais les infirmiers sont surtout utiles budgétairement. Je me suis aperçu que les excédents sur les postes non budgétés servaient au financement de projets de l'établissement. Autrement dit, quand il n'y a pas de recrutements, des murs sont construits. Certes, l'hôtellerie s'améliore mais en tant qu'infirmier, il est terrible de servir de variable d'ajustement comptable. Les familles de Seine-Saint-Denis méritent de rencontrer des personnels formés, présents en nombre suffisant. De ce point de vue, nous régressons.

**De la salle**

La situation psychosociale de certains malades interfère avec leur bonne prise en charge médicale. Nous identifions facilement les interlocuteurs médicaux et les interlocuteurs sociaux. L'Agence régionale de santé est-elle notre interlocuteur pour la convergence entre ces deux domaines ?

Les responsables hospitaliers de service demandent de l'aide au sujet des internes étrangers qui sont soumis au DFMS<sup>8</sup>. Ce système a été durci par les autorités de tutelle, notamment le Ministère de l'Enseignement. Nous allons avoir besoin de votre aide pour recruter des internes au prochain trimestre. La plupart de nos services risquent sinon de ne pas avoir d'internes. En termes d'offre de soins, cette absence signifierait un nombre diminué d'interlocuteurs. Je tiens à préciser que ce problème n'est pas spécifique à la Seine-Saint-Denis, mais à l'ensemble de la couronne. La situation est gravissime, dans la mesure où les internes sont une force médicale essentielle, notamment aux urgences. Leur absence risque d'avoir un retentissement majeur sur la population et les temps d'attente aux urgences risquent d'être doublés voir triplés. Nous avons besoin d'un soutien important sur ce sujet.

**Bernard KIRSCHEN**

Je vous soutiens sur la seconde question, mais je ne comprends pas la première...

**De la salle**

Les hôpitaux de l'Assistance publique ne sont pas protégés du problème de recrutement des internes et des contraintes financières imposées par le Ministère. Nous vivons une situation dramatique pour le recrutement des médecins et nous aurons du mal à assurer les besoins de santé dans le département si cette situation perdure. Il est nécessaire de rééquilibrer les arbitrages au sein de l'AP-HP, pour que nous ayons des effectifs médicaux et paramédicaux à la hauteur de ceux qui sont pourvus dans Paris *intra muros*.

---

<sup>8</sup> Diplôme de formation médicale spécialisée

**Jean-Luc DUMAS**

Je souhaite expliquer le mécanisme de répartition des internes. Dans les hôpitaux publics, il existe des postes d'interne occupés par des DES, des étudiants en troisième cycle, qui peuvent suivre une spécialisation ou être en médecine générale. Le combat consiste à ouvrir le plus grand nombre de postes d'internes possible pour pouvoir accueillir des DES de médecine générale dans les établissements publics autour de Paris et notamment en Seine-Saint-Denis. En tant que doyen, je représente la conférence qui donne les agréments et s'occupe de la répartition auprès de l'Agence régionale de santé.

L'an dernier, la Seine-Saint-Denis a bénéficié d'une augmentation de 25 % lors de la répartition des nouveaux postes. Nous avons donc été quatre fois plus pourvus que les autres. Nous ne pouvons pas parler de déficit dans le nombre de postes. Le problème est en réalité d'avoir un budget pour les pourvoir. Ce dernier est fait en concertation entre les hôpitaux et l'Agence régionale de santé. Toute la difficulté est de savoir qui va financer la création de poste.

L'avenir ne me semble, néanmoins, pas trop sombre pour les créations de poste d'internes. En effet, le nombre d'étudiants en médecine a été multiplié par deux en moins de dix ans. Nous arrivons au terme de l'ouverture du *numerus clausus* et un grand nombre d'internes devront être pris en charge.

L'Île-de-France accueille, actuellement, près de 400 internes en médecine générale. Dès cette année, nous allons proposer de passer à 600. Il faudra les accueillir et les encadrer. Un plan prévoit de mieux les répartir dans les prochaines années. Nous devons faire un effort d'organisation pour avoir des fiches de poste très structurées, afin de pouvoir accueillir ces internes et d'obtenir l'agrément pour le faire. Il nous faudra, dans un second temps, débloquer les budgets pour pourvoir ces postes.

Un grand nombre de postes vacants étaient tenus par des médecins de diplôme étranger. Leur recrutement a été rendu compliqué par une disposition nationale. Ce changement provoque actuellement des difficultés, lorsque nous sommes dans l'impossibilité de pourvoir des postes vacants. Les possibilités de recrutement augmenteront indéniablement dans les années à venir. Les postes de faisant fonction d'interne se transformeront en postes d'interne sur le plan budgétaire.

Je tenais à remercier le Conseiller général Michel Fourcade, qui a repris certaines de nos propositions. Nous serons heureux d'être partenaires des actions du Conseil général. Nous devons aider l'accès aux études de santé des étudiants de notre département sous la forme d'une école préparatoire. Originaires de Seine-Saint-Denis et ayant fait leurs études sur place, ils sont les meilleurs candidats à l'installation dans le département. Les étudiants hospitaliers et les internes bénéficieront de dispositifs d'aide à l'emploi dans les structures publiques et hôpitaux publics. Cette opportunité leur permettra de connaître notre plateforme de formation et le contexte professionnel du département. Nous participerons, en outre, à l'émergence d'un centre d'éducation à la santé ouvert aux usagers.

**Frédéric LAPOSTOLLE**

Je suis praticien hospitalier au SAMU 93. Nous connaissons bien les patients de Seine-Saint-Denis, puisque nous les voyons à leur domicile. Les problèmes de démographie médicale sont accrus par la pénibilité du travail. Il n'est pas facile de recruter des médecins, qui acceptent de travailler sur des périodes longues de 24 heures et le week-end. Au SAMU, la pénibilité est encore accrue, pourtant

nous ne sommes pas dans une situation de pénurie de médecins. Nous n'avons, il est vrai, pas de problème de budget.

Nous avons aussi travaillé sur quelques pistes d'attractivité. Je souhaitais vous exposer deux d'entre elles. Pour commencer, je pense que travailler en Seine-Saint-Denis peut être présenté comme un atout. Nous pouvons citer l'exemple du Salon du Bourget, qui offre aux médecins une expérience unique de médecine d'urgence en immersion totale. Elle nous a, notamment, permis de développer une expertise singulière en médecine aéronautique, que nous enseignons, aujourd'hui, à d'autres.

Nous réglons l'ensemble des appels des patients qui ont recours au 15 dans l'Aéroport Charles de Gaulle. La charge de travail est énorme et nécessite de nombreuses heures supplémentaires. Là encore, nous vendons cette expertise. Les spécificités de notre travail nous ont permis de démontrer que les voyages en avion pouvaient provoquer des embolies pulmonaires. Des opportunités existent et nous devons savoir les saisir.

La raison de l'attractivité de la Seine-Saint-Denis est, pour moi, évidente. Nous proposons aux futurs médecins ce qu'ils ne verront pas autre part. Les malades, qu'ils traiteront dans notre département, ils ne les rencontreront nulle part ailleurs.

En outre, en Seine-Saint-Denis, les médecins urgentistes font de la recherche clinique. Grâce à la recherche clinique, nous avons bâti avec les urgences et les services de cardiologie un réseau de soins en cardiologie, qui fait aujourd'hui référence. Des projets de recherche en commun nous ont permis de structurer la prise en charge des patients. Nous essayons maintenant d'appliquer ce modèle à d'autres pathologies. Dans les congrès de médecine urgentiste, la Seine-Saint-Denis est bien présente, mais cette fois-ci comme un exemple d'excellence.

### **Christophe DEBEUGNY**

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il nous faut impérativement mieux communiquer sur les aspects intéressants de la Seine-Saint-Denis. Nous pourrions faire la promotion de ces avantages avec le Service communication du Conseil général. Nous devons exploiter cette autre image de la Seine-Saint-Denis, qui donne envie d'y travailler et de s'y investir.

### **De la salle**

J'étais médecin scolaire contractuel. Quinze postes de médecins scolaires sont actuellement vacants en Seine-Saint-Denis.

Aujourd'hui en France, nous avons 1 médecin scolaire pour 12 000 élèves de la maternelle au BTS. Ils prennent en charge les adolescents en souffrance, les enfants handicapés, les maladies chroniques, les maltraitances, la prévention et j'en passe. Pour faire ce travail, je touchais treize euros de l'heure, plafonné à six heures par jour, alors que mes journées de travail, en comptabilisant le travail administratif, approchaient les huit ou neuf heures. Dans ces conditions, vous comprendrez que le recrutement soit difficile.

**Christophe DEBEUGNY**

Merci pour votre témoignage éloquent. Il soulève une fois encore la question du recrutement. Peut-être, le Conseil général pourrait-il agir à ce sujet ?

**Pierre SUESSER**

Je ne souhaite pas transformer cette assemblée en tribune corporatiste. Nous devons, cependant, nous interroger sur ce système de santé, qui offre une certaine reconnaissance sociale aux praticiens hospitaliers, alors que la santé scolaire, la PMI et d'autres sont deux à trois fois moins bien pourvues d'un point de vue salarial. La prévention sera-t-elle un jour considérée comme tout aussi importante que le curatif dans le cadre du soin ?

Le jour où nous aurons des statuts similaires, nous obtiendrons de meilleures synergies entre les différents secteurs de soin. Il nous sera alors plus facile de développer l'action de prévention. Nous sommes encore loin d'une valorisation sociale juste de la prévention dans la médecine et la santé.

Nous devons nous souvenir que 30 % des postes de médecin scolaire sont vacants en France. Les syndicats de médecins scolaires réclament depuis dix ans de voir leur statut aligné sur celui des médecins instructeurs de santé publique, statut qui est encore très éloigné de celui des praticiens hospitaliers.

**Bernard KIRSCHEN (suite à une interpellation de la salle)**

Je le répète, l'Agence régionale de santé n'a pas la volonté de fermer la maternité des Lilas, même si nous avons des difficultés avec eux dans le cadre de leur projet de reconstruction.

Une mission d'inspection a été menée dans cet établissement, après que nous ayons reçu des informations de la part d'un médecin de la maternité. Cet audit a donné lieu à des préconisations, pour lesquelles nous attendons encore des réponses. Nous avons un différend avec l'établissement à ce sujet, mais la fermeture n'est pas d'actualité. Nous n'avons, d'ailleurs, pas supprimé les financements prévus dans le cadre du Plan hôpital 2012. Leur versement a été seulement suspendu. Au mois de janvier, un courrier a été envoyé à la Présidente de l'association : nous y précisons les conditions dans lesquelles le versement reprendrait. À ce jour, l'Agence régionale de santé attend toujours une réponse.

## **Conclusion**

**Pierre LAPORTE**

*Vice-président du Conseil général, Président de la conférence de territoire de Seine-Saint-Denis*

Je ne ferai pas de conclusion à proprement parler. En effet, je pense que le véritable enjeu n'est pas de tirer des conclusions, mais d'établir la suite à donner aux débats. Nous sommes, je le rappelle, dans une situation d'urgence.

M Kirschen regrettait que nous ayons parlé d'Assises de l'offre de soins et non d'Assises de l'Offre de santé. Nous avons eu ce débat avec le Professeur Pissaro lors de la deuxième Conférence territoriale de santé. Nous avons alors remarqué que dans le document de l'Agence régionale de santé les deux termes étaient utilisés. Pour une part non négligeable des questions, qui nous sont posées au niveau du soin, nous devons répondre à des questions sociales.

J'ai participé pendant plusieurs années à la Commission départementale d'hygiène. Nous étions confrontés à la question des bâtiments insalubres, où le plomb provoquait le saturnisme chez les habitants. J'ai aussi participé aux travaux qui abordaient le cancer du poumon dans sa relation avec l'exercice de certaines professions et les comportements d'addictologie. Sur ces sujets, les déterminants sociaux ont une grande importance. Bien souvent, la réponse à la maladie devrait passer par une réponse au niveau de la prévention sociale. L'action devrait alors se porter sur le logement, les conditions de travail, la qualité de vie.

Ces questions sont prédominantes. Je me permets donc d'insister. La réponse aux questions de soin se trouve aussi dans la question sociale.

Le Docteur Ménard nous a, à juste titre, rappelé l'importance du traitement humain des patients. La proximité du soin est elle aussi primordiale. Lors de la Conférence de santé, un médecin se demandait quelles alternatives existaient pour une personne immobilisée qui souhaitait se rendre chez le dentiste. Malheureusement, les problèmes dentaires sont souvent diagnostiqués une fois que la personne est en dénutrition, c'est-à-dire une fois qu'elle est hospitalisée. Cet exemple illustre la question des déserts médicaux et celle des problèmes de transport des personnes handicapées. Pour toutes ces questions, le médical est lié au social.

Lorsque nous discutons avec la DDASS et le Directeur de l'ARH (DARH), nous étions confrontés à la question du coût du soin dans les hôpitaux. En effet, le coût du soin dans les hôpitaux à Paris et le coût du soin dans notre département ne sont pas les mêmes. Dans ce cas de figure, des normes identiques sanctionnent les hôpitaux, qui soignent les plus précaires et les plus défavorisés.

L'hôpital de Saint-Denis illustre bien ce défi. Combien de langues sont parlées par les femmes qui viennent accoucher ? Dans quelles conditions sociales vivent-elles ? Quelle influence ces facteurs ont-ils ? Quels sont les moyens disponibles pour répondre à leurs besoins ?

De nombreux médecins titulaires de diplômes étrangers viennent exercer en Seine-Saint-Denis, notamment à l'hôpital de Saint-Denis. Récemment, un collègue anesthésiste me disait que la situation des médecins étrangers était telle que bientôt il ne pourrait plus travailler.

Nous avons des inquiétudes sérieuses, mais nous ne devons pas oublier les raisons de nous réjouir, comme la recherche clinique. La Seine-Saint-Denis n'est pas seulement synonyme de misère. Notre département est aussi un territoire de création, où les jeunes souhaitent s'installer et se construire un futur.

Les questions, auxquelles nous sommes confrontés, doivent être traitées humainement, socialement et sans cloisonnement.

À mon arrivée au département, mes collègues m'ont vanté les mérites d'une plateforme de rencontre entre différents intervenants pour combattre la mortalité périnatale. La première remarque, qui m'a été faite à son sujet, est venue des médecins. Ils ne pouvaient plus se consacrer à cet outil à cause des sous-effectifs. Deux ou trois mois plus tard, la clinique Vauban était fermée. Elle représentait 900 accouchements et 600 IVG par an. Il fallait pallier cette disparition. Pour répondre à ces difficultés, nous avons créé un Forum santé ciblé sur les questions de l'obstétrique, de l'accouchement et de la périnatalité. Nous avons aussi lutté de concert contre la fermeture de la maternité. Nous avons finalement obtenu qu'elle ne ferme pas.

Il existe un combat permanent sur le maintien en activité des maternités, comme nous pouvons le constater aujourd'hui aux Lilas.

Je souhaiterais aussi m'exprimer sur les propos tenus par Monsieur le Bronnec, le représentant de l'UNAFAM 93. Le regard que nous portons sur les personnes avec un handicap psychique soulève toujours des questions difficiles. Nous sommes dans une période où la psychiatrie voit ses moyens se réduire, mais quand advient un fait-divers, les autorités recourent à la sanction et à l'enfermement. Les secteurs de la psychiatrie ont besoin de moyens pour vivre.

La psychiatrie est le secteur le moins bien servi financièrement dans le département, mais aussi nationalement. Trop d'enfants avec des troubles psychiques ne sont pas scolarisés. Au lieu de stigmatiser ces populations, nous devons nous assurer de leur trouver des hébergements et de leur fournir un suivi par des réseaux compétents.

En ce qui concerne l'AAH, elle repose sur un dispositif d'état. Le rôle du département est d'évaluer, d'ouvrir les droits, d'orienter. Quand nous ne trouvons pas de possibilité de prise en charge des patients en psychiatrie dans le département, nous nous résignons à les envoyer en Belgique ou à les faire garder à domicile. Malgré les efforts qui ont été faits, nous rencontrons ce cas de figure encore trop souvent. L'Agence régionale de santé souligne dans son schéma le déficit existant de l'offre de soin et demande plus de moyens.

À mon arrivée au département à la responsabilité de la santé, je me souviens des batailles entre la DDASS et le régional pour établir le nombre exact de médecins qui exerçaient. Aucun des chiffres ne concordait. De ce point de vue, des progrès ont été faits.

Aujourd'hui, la question est d'identifier les moyens disponibles pour répondre aux enjeux révélés par ces chiffres. Nous devons faire des choix de société. En effet, nous parlons du soin, mais nous ne parlons pas du coût des médicaments. Quand nous évaluons tous les soins en moyens financiers, nous ne les voyons plus en moyens humains ni en termes de société. Je soutiens, bien entendu, cet effort d'évaluation, mais nous ne devrions pas nous limiter à cette approche. D'autant plus que nous sommes ici dans une économie de pénurie, même si des excès peuvent être, ponctuellement,

rencontrés. Nous devons réfléchir à la société dans laquelle nous voulons vivre, mais aussi à la santé que nous souhaitons et à la médecine que nous voulons.

Dans les hôpitaux, la question de l'accès aux soins dans des conditions humaines se pose. Payer 45 euros par jour pour une chambre individuelle peut poser des difficultés lors d'une hospitalisation d'un mois. Le placement d'une personne âgée dans un établissement médicosocial revient environ à 3 000 euros par mois en cas de dépendance forte. Évidemment, le département va contribuer au paiement des soins, mais quelle est l'implication sociale de cette intervention ?

J'ai entendu ce qui a été dit sur la Conférence régionale de territoire, qui existe au même titre que la Conférence départementale de territoire dont je suis le Président. Nous retrouvons au sein de cette conférence de territoire : les usagers, les associations, les syndicats, les ordres, les élus. Je ne sais pas si elle permettra l'instauration d'une réelle démocratie sanitaire, mais je pense que nous devons exploiter pleinement les possibilités offertes par cet outil. Je vous appelle donc tous à utiliser cette plateforme pour vous indigner, pour faire des propositions et pour construire le futur de la santé en Seine-Saint-Denis.

Merci à tous.

Compte rendu réalisé par la société AB Report

[www.abreport.com](http://www.abreport.com)

**01 42 45 02 07**

## **Liste des sigles**

AAH : Allocation Adultes Handicapés

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : Agence régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de santé

AME : Aide Médicale d'Etat

CADAC : Coordination des Associations pour le Droit à l'avortement et à la contraception

CAF : Caisse d'Allocations familiale

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMS : centre Municipal de santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNDF : Collectif National Droit des Femmes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DES : Diplôme d'études Spécialisées (médicales)

DFMS : Diplôme de formation médicale spécialisée

FFI : Faisant fonction d'interne

HO : Hospitalisation d'Office

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HPST : Hôpital Patients santé territoires (Loi)

IFSI : Institut de Formation et de Soins infirmiers

IFITS : Institut de Formation Infirmiers et de Travail social

ITEP : Instituts Educatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PAES : Première Année des Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RESAD : Réunions d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté

SUR : Service d'Urgences et de Réanimation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

STAPS : Activités physiques et sportives

T2A : Tarification à l'activité

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UMD : unité pour malade difficile (psychiatrie)

UNAFAM : Union nationale des Familles