CES

Mars 2017 – Lettre n° 1

La Lettre du Collège

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

ACTEURS LOCAUX ET POLITIQUES DE SANTE

LE MOT DU PRESIDENT

C'est un grand plaisir d'écrire pour la première fois ces quelques mots d'introduction à la lettre du Collège. Je souhaite tout d'abord rendre hommage à Sophie Béjean, à qui je succède à la présidence de l'association, et au précédent Conseil d'Administration qui ont œuvré avec succès pour consolider et pérenniser les activités du Collège. Le rôle moteur joué par la précédente équipe dans la création et l'animation de l'association européenne est en particulier un grand motif de satisfaction. Cette ouverture internationale élargit la visibilité du Collège et offre des opportunités d'échanges et de collaboration à l'ensemble de ses membres.

Le Conseil d'Administration récemment élu s'est élargi et rajeuni ce qui est une démonstration de la vigueur de notre association. Je m'en réjouis. Je me félicite de la diversité des profils de ses membres. Il est très important à mes yeux que toutes les sensibilités de notre communauté soient représentées au CA. Une participation active et écoutée du Collège aux débats qui accompagnent l'évolution du système de santé bénéficiera de la confrontation en son sein des compétences et des expériences de tous.

Les dernières journées des économistes de la santé à Lyon en décembre 2016, lors desquelles l'assemblée générale du Collège et l'élection du Conseil d'Administration ont eu lieu, ont rencontré un vif succès en accueillant un nombre record de participants pour des sessions de très bonne qualité. Nous aurons le plaisir de nous rendre à Marseille pour les prochaines journées à la fin de l'année. C'est là encore une preuve de santé de notre association d'être en capacité d'organiser cet évènement scientifique dans les grandes universités régionales.

Les matinées thématiques sont l'expression de la volonté du collège d'encourager les échanges entre tous les acteurs du système de santé. Ce sont des évènements auxquels le Collège a toujours donné, et continuera à donner, beaucoup d'importance. La présente lettre rend compte des débats très riches de la précédente matinée consacrée aux rôles des acteurs locaux dans les politiques de santé. Les défis de la lutte contre les inégalités de santé ou de la prévention de la fragilité, et plus largement de l'amélioration des parcours de soins, ne se relèvent pas sans l'implication de l'ensemble des acteurs sur les territoires, et pas seulement les acteurs du système de santé. On le sait, les questions de recours aux soins et de prévention sont indissociablement liées aux questions économiques et sociales.

Ce début d'année est marqué par les élections présidentielles et le retour au premier plan des débats sur notre système de santé. Réjouissons-en-nous et n'hésitons pas à faire valoir nos expertises et nos points de vue.

Jérome WITTWER
Président du Collège des Economistes de la Santé

ÉDITORIAL : Acteurs locaux et politiques de santé

Thomas BARNAY
Professeur de Sciences Economiques à l'Université Paris-Est Créteil.

Le rôle des acteurs locaux et des collectivités territoriales dans la prise en charge des besoins de santé et d'aide s'est accru, tout particulièrement depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » et, plus récemment, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Dans un contexte d'inégalités territoriales de santé et d'offre de soins croissantes, apporter une réponse idoine aux besoins des populations locales devient un enjeu de premier ordre pour améliorer l'accès aux soins primaires et la connaissance des parcours de santé mais aussi sensibiliser les populations aux actions de prévention.

L'incidence pour la performance du système de santé est massive ; la France étant caractérisée par un haut niveau de surmortalité prématurée liée, pour partie, aux comportements à risque et à des inégalités sociales et territoriales de santé qui s'amplifient et sont parmi les plus élevées d'Europe. Les évolutions épidémiologiques et démographiques sous-jacentes obligent, par ailleurs, à une mobilisation collective (élus, professionnels de santé, association de patients, assureurs,…). La coexistence de différents échelons géographiques (Agences régionales de santé, départements, territoires de santé) aux compétences variées et segmentées et de nouvelles structures de soins (maisons de santé, réseaux de santé,…) pose alors des questions en termes de coordination des acteurs de santé et médico-sociaux, d'accès aux données, de périmètre d'actions et de lutte contre des inégalités territoriales de prise en charge des patients, à état de santé donné. C'est dans ce contexte que le Collège des Économistes de la santé a proposé, le jeudi 17 novembre 2016, sa 10è matinée thématique sur le thème « Acteurs locaux et politiques de santé ». Vous découvrirez dans les pages de cette Lettre spéciale du CES les retranscriptions des échanges qui retracent la vigueur et l'intérêt d'un sujet protéiforme crucial pour l'efficience du système de santé.

Thomas BARNAY

CES LA LETTRE du COLLÈGE

INTRODUCTION DE LA MATINEE

Thomas BARNAY
Professeur de Sciences Economiques à l'Université Paris-Est Créteil.

La Présidente du Collège des Economistes de la Santé, Sophie Béjean, n'a, malheureusement, pu être présente avec nous ce matin, et elle tient à s'en excuser. Je tiens, en son nom et au nom du Conseil d'Administration du CES, à remercier les partenaires de cette matinée, nous avons le soutien de Boehringer-Ingelheim, de Malakoff Médéric et de la FNMF sur l'ensemble de ce cycle de matinées. Je tiens aussi à remercier Carine Franc (membre du CA du CES) et tout particulièrement Anne-Laure Soilly (secrétaire générale adjointe du CES) avec qui nous avons préparé cette nouvelle matinée.

En préambule, modestement, je vais donner quelques éléments de contexte puis donner ensuite la parole aux intervenants à nos deux tables rondes que je présenterai à la fin de cette brève introduction.

L'économiste aime bien réfléchir autour de la notion de marchés, il appréhende alors les soins à travers le prisme du marché des soins et donc, dans son corpus théorique idéal, il aimerait qu'une demande de soins puisse rencontrer une offre de soins, et ce quel que soit le territoire. L'un des enjeux de la territorialisation est de mieux comprendre les besoins de la population pour être en capacité d'y répondre. Si on examine quelques éléments factuels sur l'offre de soins, en se concentrant uniquement sur les médecins, l'une des caractéristiques de la France est d'être pourvue d'une offre de soins abondante même si le vieillissement du corps médical, en particulier, va poser des problèmes au plan général et au plan local avec la croissance d'inégalités territoriales d'offres de soins. S'agissant de la densité médicale pour les médecins généralistes, on reste à un niveau assez élevé (1,55/100 000 habitants) par rapport à l'Allemagne (0,67) ou aux Etats-Unis (0,31).

Même constat sur la disponibilité relativement élevée de lits (41 pour 1000 en France contre 40 en Allemagne et 18 aux USA), même si avec le virage ambulatoire les hospitalisations complètes sont en recul au profit de l'hospitalisation partielle et que la Durée moyenne de séjour a diminué. Cependant, on observe chez les médecins généralistes une baisse de 8% des effectifs sur la période 2007-2016 et puis, le corps médical vieillit, comme d'autres professions, du fait de la montée en charge de la génération du baby-boom. De fortes disparités territoriales sont à l'œuvre, Stéphane Rican qui est géographe en précisera un certain nombre d'aspects en introduction de la première table ronde. Si on regarde, par exemple, les évolutions des effectifs de médecins en activité régulière au niveau régional, toujours sur la période 2007-2016, on dénombre huit régions en hausse (+7% dans les Pays de la Loire) et quatre pour lesquelles on observe une baisse du nombre de médecins (Ile-de-France, Centre Val-de-Loire, Bourgogne Franche-Comté, PACA). La plus forte baisse est observée en Ile-de-France (-7%) et une seule région enregistre une stagnation pour la période (Languedoc Roussillon Midi Pyrénées).

Il est intéressant de remarquer qu'au niveau départemental, les disparités sont encore plus prononcées puisqu'en Loire-Atlantique, l'augmentation atteint 13% alors que dans l'Yonne la baisse est de 17%. Naturellement, cet indicateur ne reflète pas les différences de population dans les différents niveaux géographiques. Il faut alors bien examiner les densités médicales qui corrigent des effets démographiques. Par exemple, quand on s'intéresse à l'ensemble des médecins, on retrouve un rapport de 1 à 3 entre l'Eure et Paris s'agissant du nombre de médecins pour 100 000 habitants. Cette fois-ci, si l'on regarde quelques éléments concernant ce qu'on nomme la demande de soins. Le patient, l'usager ou le consommateur (selon le point de vue adopté qui sera pluriel durant cette matinée) change compte tenu des mutations démographiques et épidémiologies. Ces évolutions se traduisent par l'augmentation forte du nombre de personnes de plus de 60 ans (de 20% de la population en 2000 à 35% en 2035), le doublement à l'horizon 2040 du nombre de personnes dépendantes et la chronicisation des maladies. Et puis, une crainte assez nouvelle a vu le jour à partir de travaux de l'INED. Les gains d'espérance de vie aujourd'hui pourraient se faire au détriment de la qualité de vie. Dans les différentes approches de la théorie de la longévité, jusqu'à présent, les gains d'espérance de vie s'accompagnaient majoritairement de gains en bonne santé mais dans les derniers travaux, il semblerait que s'ouvre potentiellement un scénario d'expansion de la morbidité qui doit être confirmée mais on a cette crainte-là, ce qui est déterminant en termes de santé publique mais aussi en termes économiques.

Les inégalités sociales et territoriales sont aussi marquées du côté des patients et de leurs besoins. On parlera beaucoup de besoins ce matin, on veut répondre aux besoins, mais on sait qu'il est aussi difficile de les identifier. La France est caractérisée par des inégalités sociales de santé particulièrement fortes, parmi les plus fortes d'Europe. Par exemple, dans l'Europe des quinze, la France est avec la Finlande le pays dont les écarts de risques de décès prématurés selon la profession ou le niveau d'éducation sont les plus prononcés. Et quand on regarde le niveau d'espérance de vie qui est un indicateur assez fruste mais qui donne quand même une information sur les disparités de l'état de santé, l'espérance de vie chez les hommes en 2013 varie de 75 ans le Pas-de-Calais à 81 ans à Paris. S'agissant de l'espérance de vie des femmes, les disparités sont moins prononcées, elle varie entre 83 ans et 86 ans. Voilà très brièvement une photographie de l'offre et de la demande de soins. L'une des questions que l'on va beaucoup se poser ce matin est celle de l'objectif de la décentralisation. Comment identifier au mieux les besoins pour y répondre ? Un autre enjeu du système de santé, qui est directement lié à la question de la territorialisation, est la prévention. Il est important d'investir dans la prévention

en France en raison d'une très forte surmortalité prématurée tout particulièrement chez les hommes, de taux de mortalité par cancer du sein et des poumons élevés, de comportements à risques extrêmement prononcés en particulier les comportements tabagiques des jeunes femmes françaises qui se placent malheureusement en première place des pays de l'OCDE (près de 25 % des jeunes femmes françaises de 15-24 ans fument quotidiennement). En 2012, le taux masculin de mortalité prématurée (moins de 65 ans) atteignait en France 287 pour 100 000 derrière la République tchèque (359) et le Portugal (295) mais loin devant l'Allemagne (260), le Royaume-Uni (224), l'Italie (196) ou encore la Suède (180).

Il s'agit d'un très mauvais score, d'autant plus qu'on sait qu'un tiers de ces décès prématurés sont potentiellement évitables par réduction des comportements à risques. En l'espèce, les acteurs locaux ont sans doute matière à agir pour essayer de modifier ces comportements. Cette injonction de prévention qui est quasiment omniprésente ne se traduit pas réellement dans le montant des moyens. De toute évidence, on observe un sous-investissement dans la prévention en France. Aujourd'hui, elle a été évaluée à 15 milliards d'euros dont 6 milliards pour la prévention institutionnelle et 9 milliards dans la consommation de soins et biens médicaux. Depuis quelques années, on a réussi à voir dans les soins assurés par les médecins ce qui relevait de la prévention. On est sur 15 milliards d'euros destinés à la prévention sur les 200 milliards destinés, grosso modo, à la santé ce qui reste extrêmement modeste. D'autant que, lorsque l'on regarde la prévention institutionnelle, la part de la prévention institutionnelle dans l'ensemble des dépenses de santé a même diminué. Ce n'est pas un très bon signal alors même que les enjeux sont importants et les besoins de soins croissants.

Voici quelques éléments qui vont donner des éléments de compréhension pour la suite. Même si on va examiner les questions de territorialisation, le système de santé français reste très centralisé avec un financement mixte qui repose à la fois sur les cotisations sociales mais aussi sur l'impôt. Initialement, dans les années 80, plus de 90% des recettes provenaient des cotisations sociales. Aujourd'hui, le financement est mixte et le Parlement fixe un objectif national des dépenses d'assurance maladie, et non régional.

La croissance des dépenses de santé reste fixée à un niveau national (2,1 % en 2017) avec une prise en charge des soins assurés par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 77%. Ce chiffre renvoie à énormément de disparités entre les personnes qui souffrent ou non d'une ALD. Depuis la loi HPST, le pilotage s'effectue au niveau régional, on a la chance d'avoir à notre table un directeur d'ARS qui va venir nous expliquer comment il fonctionne. S'agit-il en France de décentralisation ou de déconcentration (à savoir est-ce que les moyens suivent) ? Quelles sont les marges de manœuvre réelles dont disposent les ARS ? Plusieurs pays ont véritablement fait le choix de la décentralisation. Dans une acception faible, on pense au Royaume-Uni qui l'a fait en 2012 et a déployé des National Heath Service pour l'Ecosse, l'Angleterre et le Pays de Galles. En revanche, il y a une décentralisation culturelle très forte dans d'autres pays que ce soit la Suisse, le Canada, la Suède pour lesquels les différents échelons, qui ont des objectifs et des rôles différents, vont aussi disposer de moyens différents. En Suisse, on va même avoir autant de ministres de la santé publique que de cantons suisses. On voit ainsi que les systèmes de santé ne se sont pas organisés de la même manière. Cette question des moyens intéresse les économistes mais aussi les acteurs pour pouvoir fonctionner.

La première table ronde concernera les soins et la deuxième table ronde questionnera les aspects médico-sociaux et les personnes âgées. Là, une première tension s'exerce car il y a une forme de cloisonnement entre le soin et le médico-social en France. Le soin renvoie davantage à un niveau régional, même si dans les missions des ARS le médico-social apparaît c'est quand même les départements qui restent en charge des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie. Quelques éléments qui interviennent au niveau des territoires : le Fonds d'intervention régional, créé en 2012, dote les ARS d'un fonds spécifique (274 millions d'euros en 2016), en particulier pour le renforcement de la prévention, de la lutte contre le VIH et la réalisation des dépistages du cancer du col de l'utérus pour ce qui est annoncé dans les dispositions du PLFSS de 2017. D'autres dispositifs existent dont un qui vient d'être mis en œuvre : les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Et puis, il existe énormément de groupements, de contrats, de pactes dont il est extrêmement compliqué de faire la synthèse et de voir de quelle manière ils sont coordonnés. Cette matinée sera l'occasion d'en faire le point.

Ces dispositifs visent à lutter contre les déserts médicaux et à améliorer la prise en charge en investissant un échelon supplémentaire : le territoire de santé. Plusieurs outils sont mobilisés : l'incitation à l'installation des médecins, la promotion de l'exercice pluri-professionnel avec les 800 maisons de santé annoncées en 2016 et 1200 annoncées en 2017, des contrats locaux de santé qui ont pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales et plus globalement, des pactes territoriaux et des mesures plus spécifiques.

J'en viens à ouvrir notre matinée, j'ai repris dans ce propos liminaire quelques questions que je me suis permis de poser aux intervenants de la première table ronde. On ne va pas répondre à toutes ces questions mais elles vont nous permettre aussi d'interagir avec la salle.

La première table mise en place concerne le rôle des acteurs locaux face aux inégalités territoriales en matière de santé. On va établir un état des lieux et essayer de montrer la complexité de mesurer ces indicateurs et d'établir le besoin. La deuxième chose est d'être capable de s'interroger sur le niveau géographique le plus pertinent pour prendre en charge ces besoins. La question de la pertinence de l'échelon territorial, quels sont les moyens financiers dont disposent les différents échelons pour intervenir : on parlera des régions, des départements, on parlera des municipalités mais aussi du rôle des usagers avec la démocratie sanitaire, avec la participation de plus en plus requise des usagers dans les différente conseils et

comités. On pourra aussi s'interroger sur les réponses qui sont apportées, leur caractère généralisable ou pas, leurs résultats. En économie, on est très attaché à l'évaluation. Il n'y a pas d'évaluation économique rigoureuse de dispositifs. Est-ce qu'on a les moyens ou pas, et quels sont les freins et les leviers pour lutter contre les inégalités ?

Quelques questionnements pour la seconde table ronde qui sera animée par une collègue très compétente, notamment sur les questions de dépendance, qui est Agnès Gramain. « Rôle des acteurs locaux dans la coordination des soins : l'exemple des personnes âgées ». Une des questions qui se pose et qui sera sans doute reprise dans les interventions, est celle de l'obligation d'égalité de traitement des individus, à besoin de soins donnés. On sait que, par exemple, les départements sont plus ou moins généreux dans l'attribution de l'APA. D'autres questions se posent. Comment assurer une prise en charge de qualité au moindre coût, décloisonner les soins et le médico-social ? L'hôpital et les soins de ville (les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie sont-elles une réponse ?).
Et puis, je ne peux pas ne pas évoquer le rôle de l'usager ou du retraité dans la réponse apportée aux besoins des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. On voit que dans la mise en place des Comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), le rôle du patient est réaffirmé.

Je vais maintenant inviter à la table les différentes personnes qui ont eu la gentillesse de répondre à nos sollicitations. J'ai appris quelques éléments de leur pedigree mais ils pourront compléter ou modifier s'il y a des erreurs. Stéphane Rican est maître de conférences en géographie, membre du laboratoire LADIS, laboratoire dynamique sociales et recomposition des espaces. Responsable, dans ce même laboratoire, d'un axe autour des enjeux sanitaires et territoires et co-responsable d'un Master Ville et territoires de santé. On va aussi accueillir Christophe Lannelongue et nous sommes évidemment ravis d'avoir à notre table un Directeur général d'une ARS, celle de Bourgogne Franche-Comté. Le Docteur El Ghozi nous rejoint aussi il occupe plusieurs fonctions puisqu'il est à la fois médecin mais aussi élu, donc il va avoir plusieurs casquettes tout à fait intéressantes ; il est aussi membre d'un certain nombre de commissions et d'associations. Nous aurons donc le regard du médecin, de l'élu et d'une personne très investie dans les activités sociales et associatives. Marion Van Wonterghem, directrice générale de la CPAM du Val d'Oise. Nous disposons aussi de plusieurs échelons régionaux : on va avoir un représentant de la région et aussi des acteurs plus locaux, il sera intéressant de voir comment les uns les autres travaillent ensemble. Pour compléter cette table, Apéa Gouépo, qui est cheffe de projet évaluation de santé à la direction santé de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, nous rejoint.

Thomas BARNAY

Les articles qui suivent sont les retranscriptions, revues par leurs auteurs, des interventions de la conférence du 17 novembre 2016.

Table ronde n°1 : le rôle des acteurs locaux face aux inégalités territoriales

LES INÉGALITÉS SOCIO-TERRITORIALES DE SANTÉ EN FRANCE

Stéphane RICAN
Géographe et Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre.

Une première série de constats

Nous pouvons poser une série de constats sur les disparités locales de santé que l'on observe à la fois dans la distribution de l'offre de soins, les recours aux soins et dans les différenciations en termes d'état de santé. La mortalité constitue certes un indicateur négatif de l'état de santé mais extrêmement synthétique des conditions de vie passées et présentes (comportements, modes de vie, difficultés d'accès aux soins, prévention etc.), et constitue en ce sens un indicateur intéressant à mobiliser pour analyser à la fois les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les inégalités territoriales ont tout d'abord tendance à s'accentuer. On l'observe au travers de différents travaux menés sur différentes causes de décès, pour différentes catégories sociales de population. On l'observe également au travers des travaux portant sur les disparités entre les zones les plus socialement avantagées et les zones les plus socialement désavantagées. On note un accroissement de ces écarts au cours du temps, avec une accentuation des écarts depuis la fin des années 80 cet accroissement des écarts s'accompagne d'un ancrage régional fort et persistant des disparités de mortalité.
Si l'on reprend les cartes de distribution de la mortalité, les disparités sont exprimées en termes de ratios standardisés de mortalité qui expriment le niveau de mortalité après prise en compte des

structurations par âge et par sexe de la population. On note par rapport à une moyenne 100 française pour la période 1975, à l'échelle cantonale, un ensemble de valeurs pour lesquelles on a des taux de mortalité 1,2 - 1,3 - 1,4 voire 1,5 fois supérieurs à cette moyenne 100, tandis que d'autres cantons sont caractérisés par des taux de mortalité moindres par rapport à cette moyenne 100 française. On note dans l'organisation de ces disparités un fort ancrage régional avec de fortes continuités régionales qui marquent notamment le Nord, l'Ouest et l'Est de la France dans les taux forts, alors que le Sud-Ouest et le pourtour méditerranéen étaient marqués par de faibles mortalités. Quand on déroule le fil et les recompositions de cette distribution de la mortalité, on note que progressivement, avec le mouvement d'urbanisation qui a caractérisé l'espace français des années 50 à nos jours, on est passé de 50% de la population française vivant dans les campagnes à 80% de la population vivant en ville. On retrouve ce mouvement d'urbanisation dans la manière dont se distribuent ces disparités au travers d'oppositions entre les centres urbains, que l'on retrouve au centre de chacun des départements, qui constituent les métropoles régionales ou les centres administratifs régionaux caractérisés par des sous-mortalités par rapport à la mortalité moyenne française, tandis que les marges de départements sont constituées par des situations de mortalité moyenne voire de surmortalité. Le premier point est donc l'opposition entre centre urbains et les périphéries. On retrouve ainsi une nette opposition entre les grandes métropoles régionales que sont Paris, Rennes, Bordeaux, Toulouse qui s'opposent aux marges de l'espace français, caractérisés par une vaste diagonale centrale de surmortalité qui a tendance à s'élargir et à s'accentuer au cours du temps et qui correspond à des espaces en voie de désertification progressive, marqués par tout un tas de difficultés sociales et économiques, par des pertes d'emploi, des difficultés de reconversion industrielle qui s'accompagnent de fermetures de services, d'enclavement progressif qui se traduisent aujourd'hui par des situations de surmortalité. C'est, par ailleurs, la permanence de certains ancrages régionaux dans les fortes mortalités notamment dans le nord de la France caractérisé par la difficulté de reconversion après la fermeture des bassins industriels et le poids du passé minier de ces régions. On note par ailleurs un décalage croissant entre les métropoles régionales et les centres secondaires ; la place de chaque ville dans son réseau urbain régional jouant un rôle sur le niveau d'état de santé de sa population. Le mouvement d'urbanisation constitue un facteur clé des changements sanitaires opérés et est un élément à prendre en compte dans l'élaboration de l'état des lieux des besoins de santé différenciés.

Enjeux nouveaux en matière d'aménagement et d'allocations de moyens

En termes d'allocations de moyens et d'aménagement du territoire, cela se traduit par de nouvelles questions : on montre que si dans les années 75, 20% des cantons ayant les situations sanitaires les plus mauvaises (là où les besoins sont les plus importants) représentaient 20% du territoire en termes de superficie et 20% de la population, aujourd'hui, les mêmes 20% des cantons avec les plus mauvaises situations sanitaires ne représentent plus que 15% de la population, mais couvrant 27% du territoire. Donc, en termes d'allocations de moyens et de réflexion sur la manière de distribuer ces moyens, cela interroge sur les priorités à mettre en place sachant que les moyens restent limités : vaut –il mieux cibler les zones avec le plus mauvais état de santé, peu densément peuplée, nécessitant une couverture vaste du territoire ou donner la priorité aux zones les plus peuplées avec un gage d'efficacité plus important ? Le mouvement d'urbanisation marque aussi un accroissement des disparités intra-urbaines : on note, aujourd'hui, sur la région francilienne des écarts aussi importants entre le nord-ouest et le sud-est de l'agglomération et entre le centre de Paris et les marges de l'agglomération, des disparités aussi importantes que celles que l'on peut constater entre le nord et le sud de la France.

Des clivages qui ne se résument pas à l'opposition quartiers riches/quartiers pauvres

On peut analyser ces disparités au travers des indicateurs de mortalité mais on peut aussi les analyser en matière d'indicateurs d'accès aux soins préventifs, notamment en termes de dépistages de cancer. Nous menons des travaux au sein de l'Ile-de-France dans différentes communes où nous analysons, à échelle fine, les disparités d'accès à ce dépistage des cancers en sachant qu'il y a une politique d'accès national depuis 2004 qui vise à promouvoir l'accès à ce type de dépistage du cancer. On note d'importantes disparités. On a souvent l'habitude d'analyser ces disparités comme la projection d'inégalités sociales, les quartiers riches s'opposant aux quartiers pauvres : ces inégalités ne seraient que l'expression de ces disparités de revenus que l'on peut observer dans la composition sociale de la population. Dans cette analyse à échelle fine on note que, à situation sociale équivalente, à situation de revenus équivalents, à politique de la ville équivalente, il y a d'importantes disparités dans la couverture mammographique à l'intérieur de ces quartiers.

Des formes d'enclavement multiples

Cela renvoie à d'autres éléments qui façonnent ces disparités territoriales intra-urbaines notamment associées à des formes d'enclavement à l'intérieur

de la ville. C'est l'exemple de la ville de Trappes où le quartier Jean Macé est complétement isolé par rapport au reste de la ville parce que marqué par des frontières physiques avec la voie de chemin de fer, la nationale qui séparent le quartier du reste de la ville. Il y a des éléments physiques, morphologiques, qui s'accompagnent d'un isolement social, avec un turn over important des populations qui dans ce sens s'accompagne d'un faible tissu associatif en capacité d'accompagner les actions de prévention, qui s'accompagne d'une faible couverture d'offre de soins. Tout ce mécanisme de cumul de désavantages et d'enclavement se traduit par un faible recours et accès au dépistage.

Des logiques qui dépassent les seuls acteurs de la santé publique : l'enjeu des programmes de rénovation urbaine

Un autre point important dans ces phénomènes de disparités urbaines, ce sont des dynamiques et des logiques qui dépassent les seuls acteurs de la santé publique. On le retrouve au travers des travaux menés sur la ville d'Argenteuil où en comparant à l'intérieur d'un même quartier cette fois-ci, on a un sous-quartier caractérisé par un mouvement de rénovation urbaine ayant permis de mobiliser tout le réseau associatif et d'inscrire le sous-quartier dans une dynamique positive vis-à-vis des campagnes de prévention et d'accès au dépistage. Et de l'autre côté de la rue, qui n'a pas bénéficié de cette campagne de rénovation, mosaïque de petites co-propriétés privées modestes, les habitants vieillissants, paupérisés, apparaissent moins structurés collectivement et plus éloignés des réseaux associatifs et des éventuelles actions de prévention proposées, l'accès au dépistage est caractérisé par de plus faibles taux. Cela veut dire que les élus locaux, les acteurs de la ville, ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement de ces actions de santé.

Pistes de réflexion

Pour terminer il est vraiment nécessaire de ne pas seulement analyser ces questions d'inégalités territoriales au regard de questions de revenus et d'organisation sociale de ces quartiers. Il y a d'autres enjeux derrière. Au travers de l'exemple d'Argenteuil, il s'agit d'enjeux importants de développement local, qui nécessitent des connaissances locales fines, et donc qui nécessitent de réfléchir à l'accès à l'information. Plus globalement, c'est la nécessité de réfléchir à la manière d'accompagner les élus, les acteurs de santé publique dans la connaissance de ces inégalités, en vue de coproduire des connaissances et donc d'étoffer des liens entre la formation, la recherche et les actions à mettre en place pour arriver à des politiques publiques ciblées et en capacité de répondre à ces besoins extrêmement différenciés.

Stéphane RICAN

FAVORISER LES PARTENARIATS ET LES ACTIONS DE PROXIMITÉ : L'EXPÉRIENCE DE LA BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Christophe LANNELONGUE
Intervenu en tant que Directeur Général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté

Rôle des acteurs locaux face aux inégalités territoriales : voici un sujet absolument passionnant qui est au cœur des préoccupations des politiques menées par les ARS et sur lequel bien sur je m'exprimerai à titre personnel. Il s'agit d'une question centrale parce que le mouvement d'accroissement des inégalités sociales et territoriales s'accélère et que l'intervention des acteurs de la santé dans un cadre de partenariats territoriaux parait une voie privilégiée pour y faire face.

Les inégalités dans l'accès à la santé interpellent beaucoup les responsables de la régulation parce que cela pourrait être perçu comme le signe d'un échec des politiques publiques de santé, qui ont ouvertement pour objectif d'assurer un accès à la santé et d'abord à des soins de qualité au bénéfice du plus grand nombre de nos concitoyens. C'est d'autant plus surprenant que nous sommes, en Europe, dans des systèmes de santé qui sont principalement financés par l'impôt : 80% en Europe, 75% en France et que dans ces systèmes-là, il y a une forme d'iniquité majeure qui est de faire payer, faire cotiser les citoyens, qui ne retrouvent pas au niveau des systèmes de santé la contrepartie de prélèvements obligatoires qui sont extrêmement lourds.

Quand on essaye de réfléchir à ce phénomène d'accélération des inégalités, deux éléments apparaissent immédiatement :

-D'une part, les évolutions épidémiologiques font que les états de santé sont largement liés à des comportements, à la montée des maladies chroniques dans le cadre du vieillissement de la population, et force est de constater que le système de santé français est particulièrement carencé sur tout ce qui est prévention et promotion de la santé, éducation thérapeutique, accompagnement, coordination, mobilisation coordonnée des acteurs du soin. L'accélération des inégalités traduit aussi le fait que, dans un contexte d'évolution épidémiologique, les réponses traditionnelles du système de santé sont mal adaptées. Je vais prendre un exemple simple : si vous avez une forte prévalence du

tabagisme qui est très différenciée socialement et si vous avez des politiques de santé qui sont relativement peu efficaces sur la lutte contre le tabagisme, vous allez avoir assez rapidement un accroissement des inégalités de santé parce que le tabagisme va déterminer directement la prévalence de certaines pathologies. Par ailleurs, le fait que les dispositifs de prévention ne soient pas assez sélectifs dans ce domaine va conduire clairement à ce que la différenciation sociale s'accroisse : vous aurez toujours plus de fumeurs à des niveaux socio-économiques défavorisés par rapport à des milieux économiques favorisés.

-Un deuxième élément est absolument central pour comprendre l'accélération, c'est le progrès de l'innovation thérapeutique, parce qu'elle fonctionne comme une machine à discriminer. Je prends un seul exemple qui est le cancer de la peau, le mélanome sur lequel il y a eu des progrès considérables ces sept dernières années et qui font que si cette maladie fait l'objet d'une prise en charge précoce, les taux de survie à 5 ans sont maintenant au-delà de 90%, ce qui donne une importance considérable au dépistage. Mais le dépistage signifie la présence d'une offre de dépistage, donc de dermatologues. Or, la crise de démographie médicale que l'on vit dans de très nombreux territoires, est une crise à la fois sur les soins de premiers recours et à la fois sur les soins spécialisés. C'est un facteur d'aggravation des inégalités. Je vais prendre l'exemple de la Nièvre (200 000 habitants) où il n'y a plus qu'un dermatologue, âgé de 63 ans, qui travaille à Nevers. Dans un cas comme celui-là, l'accélération de l'innovation thérapeutique va produire des pertes de chance pour les habitants des territoires où l'offre médicale en généralistes et en spécialistes est très carencée. Dans les régions qui se situent sur un axe nord-est sud-ouest, que les géographes appellent la diagonale du vide, on va avoir une population âgée qui vieillit beaucoup plus vite que la moyenne, avec de très mauvais états de santé, parce que ce sont les niveaux socio-économiques et l'histoire personnelle des personnes qui font que, pour eux, le vieillissement n'est pas un vieillissement en bon état de santé. Ce sont des personnes isolées, qui vivent dans un contexte de monde rural et l'on sait très bien que les difficultés d'accès aux soins ont un très fort impact sur le renoncement aux soins. De très nombreuses études ont montré que les renoncements aux soins et/ou une entrée plus tardive dans le système de santé étaient largement liés à des caractéristiques socio culturelles et aux difficultés d'accès et d'abord aux distances.

Il y a donc une inégalité de fait, à savoir qu'avec une prise en charge plus tardive ces personnes vont être dans des états de santé et de pathologies plus difficiles à prendre en charge.

Les interventions précédentes ont bien documenté ces constats mais que pouvons-nous faire pour améliorer la situation et réduire ces inégalités ?

Rappelons que nous sommes dans un contexte où l'on a beaucoup de mal à mobiliser des connaissances, parce que les systèmes d'information et les données qui sont extrêmement nombreuses et précises sont très difficiles d'accès, y compris pour nous. On accède à des bases qui traduisent toute la production de l'hôpital, on accède avec mes collègues, à une base formidable qui est celle de l'assurance-maladie. Mais nous avons beaucoup de mal à utiliser ces bases pour des « analyses de parcours » et même pour des choses incroyablement simples. Par exemple, nous suivons beaucoup de zones de la région Bourgogne Franche-Comté parce que nous y développons des politiques de prise en charge des personnes âgées. Je suis incapable de mesurer la consommation hospitalière d'une zone que nous suivons pour la comparer à celle d'une autre zone que nous ne suivons pas, parce que tout simplement, je n'ai pas accès à l'échantillon des personnes qui sont prises en charge dans cette zone (que nous ne suivons pas). Je n'ai pas accès de manière simple et rapide aux données que sont : le nombre d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour à l'hôpital et les reprises d'hospitalisation. Il y a quelques années la Cour des Comptes avait considéré que l'assurance-maladie était un payeur aveugle. Depuis, des progrès importants ont été faits mais de fortes limites persistent.

Des constats précédents, découle une préconisation majeure : faciliter l'accès aux soins préventifs et curatifs a toute proximité ; cela doit permettre de mettre le paquet sur la prévention et la promotion de la santé parce que c'est sur ces aspects-là que se creusent et se développent aujourd'hui les inégalités. Toujours dans la Nièvre, le taux de dépistage du cancer du sein est de 40%, soit 10 points en dessous de la moyenne nationale. En posant la question de savoir pourquoi le niveau est aussi bas, on s'aperçoit qu'il s'agit de personnes isolées à faible niveau socio-économique et avec une relation culturelle avec le système de soin qui est à l'opposé du comportement préventif. C'est un monde rural où beaucoup de femmes considèrent que l'on ne doit pas être malade, que lorsque l'on est malade on prend son mal en patience, et que de toute façon le cancer ne se soigne pas. De plus, ces personnes sont à 1h - 1h15 d'un radiologue, d'un centre de dépistage, et voient leur médecin généraliste quand elles en ont le temps. Réduire les inégalités c'est mettre le paquet sur la prévention, agir à fond sur le dépistage, la vaccination, la lutte contre les addictions, la nutrition équilibrée, la promotion de l'activité physique, intervenir lourdement sur les déterminants de la santé, la qualité de l'air, de l'eau, les pesticides… Tout cela renvoie à un problème d'organisation du système de soin parce qu'il n'y a pas d'efficacité de la prévention et de la promotion de la santé si ce n'est pas porté au plus près des bénéficiaires dans le système de soins et donc si on ne renforce pas le premier niveau de recours.

Dire que l'on doit développer la prévention et la promotion, c'est dire que l'on doit renforcer le système de soins en proximité de ces bénéficiaires et d'abord en renforçant la médecine générale et surtout la capacité du médecin généraliste à piloter et à animer une équipe de soins primaires. Ce sont le médecin traitant et son équipe qui sont en situation d'avoir un contact proche et confiant avec le patient et c'est à partir de cela qu'on peut renforcer l'efficacité du système au bénéfice de ceux qui en ont le plus besoin. Il faut pro-

mouvoir le travail en équipe à proximité des personnes. A partir de cette base-là, il faut développer une approche populationnelle, c'est-à-dire faire en sorte que les équipes de soins primaires aient une réflexion sur les segments de population pour essayer de passer d'une logique réactive à une logique proactive (s'intéresser à la santé d'une personne sur le long terme et essayer d'analyser sa santé à travers les risques qu'elle se dégrade). Il s'agit de lier approche préventive et accès en proximité. A partir de cette base qu'est le renforcement des soins de proximité, il faut essayer de développer une meilleure coordination entre les soins généralistes et les soins spécialisés pour essayer de faire en sorte qu'il y ait plus de coopération, plus d'intégration. S'il y a une capacité à dépister, il faut qu'elle soit suivie immédiatement d'une bonne capacité à prendre en charge.

Je crois que cette approche qui sous-tend la loi de modernisation du système de santé est très largement partagée mais le problème est : comment faire pour que tout cela se mette en œuvre ? De mon point de vue, la seule possibilité d'agir efficacement, c'est dans le cadre d'un partenariat territorial entre les élus et tous ceux qui sont les acteurs réels en proximité du système de santé. En France les collectivités locales n'ont pas de responsabilité directe dans la production de services de santé mais elles ont des leviers considérables sur les déterminants de santé et aussi sur l'attractivité des territoires en termes d'offre de services.

C'est pourquoi aujourd'hui pour réduire les inégalités de santé, il faut d'abord agir sur le terrain en partenariat à travers la mobilisation des acteurs en proximité. La région Bourgogne Franche-Comté a été zonée en 38 territoires qui sont des pays, comprenant entre 20 000 et 100 000 habitants, avec des régions très rurales et beaucoup de petites villes. Dans chacune de ces zones, nous avons essayé de susciter la mobilisation des acteurs à travers une démarche que l'on appelle « contrat local de santé ». Nous avons passé 22 contrats locaux de santé sur 38, en essayant d'intéresser l'ensemble des acteurs locaux aux questions majeures : face aux défis de la démographie médicale, comment s'organiser pour éviter l'effondrement du système de santé de proximité du fait du départ en retraite de médecins généralistes ? Comment essayer de mieux prendre en charge certaines personnes, certaines pathologies avec l'idée de parcours et de séquences de prise en charge ? Nous le faisons depuis plusieurs années : les contrats locaux de santé existaient avant la loi de santé HPST de 2009 qui leur a donné un cadre juridique et formel précis. Mais dans la dernière période la dynamique s'est accélérée et dans certains territoires nous en sommes à la deuxième voir troisième génération ; en partenariat avec d'autres ARS Centre Val de Loire, Ile-de-France et Nouvelle Aquitaine, nous organisons un colloque d'évaluation au printemps 2017. Mais les premiers résultats sont tangibles. Il y a des endroits où l'on a réussi à ce que les responsables de l'hôpital parlent aux responsables des EHPAD, ou que les responsables des EHPAD parlent aux médecins de ville, et que les médecins de ville discutent avec les centres d'action sociale pour s'entendre sur les moyens d'une meilleure prise en charge. D'après nos chiffres : 100 maisons de santé fonctionnent en Bourgogne Franche-Comté. C'est un succès impressionnant car ce n'est pas seulement 100 maisons de santé en fonctionnement, mais ce sont derrière des dizaines de projets à venir. Ceci a été possible grâce à la mobilisation collective des acteurs. Nous n'aurions jamais eu ces maisons de santé si les élus ne les avaient pas financées en grande partie, si derrière leur rôle de financeur il n'y avait pas eu un rôle de fédérateur, et si derrière leur rôle de fédérateur il n'y avait pas un rôle d'animateur, d'impulsion, de mise en situation des acteurs pour coopérer. Bien sûr, il faudrait aller beaucoup plus loin dans l'analyse de ce qui doit fonder ce partenariat. Mais l'évolution récente doit nous rendre optimiste pour l'avenir : il y a aujourd'hui un point de convergence entre les professionnels et notamment les jeunes professionnels et les institutions (l'Etat, l'Assurance Maladie et les collectivités locales) pour considérer que nous pouvons agir pour réduire les inégalités et développer un système de santé solidaire si nous savons conjuguer nos forces sur le terrain.

Christophe LANNELONGUE

LA LETTRE du COLLÈGE

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ : NOUVELLE RESPONSABILITÉ DES ÉLUS LOCAUX

Dr Laurent EL GHOZI
Ancien chirurgien hospitalier, conseiller municipal à Nanterre et Président de l'Association « Elus, Santé publique & Territoires ».

L'association « Elus, santé publique & territoires » a été fondée en 2005. Ses objectifs sont de développer les politiques locales de santé, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans un cadre contractualisé avec l'Etat (les Ateliers Santé Ville de la Politique de la Ville et, depuis 2010, les Contrats locaux de santé avec les ARS). Dès le début des années 2000, notre conviction était, comme l'a bien dit Christophe LANNELONGUE (DG de l'ARS Bourgogne Franche-Comté), que les élus devaient se mettre au travail sur ces questions de santé pour leur population.

En effet, je ne fais absolument pas confiance aux seuls professionnels de santé pour s'organiser entre eux, faire de la prévention et de la promotion de la santé, mobiliser les habitants autour de la démocratie en santé : sinon ils l'auraient fait depuis longtemps d'autant plus que cela devrait être leur intérêt. S'ils ne l'ont pas fait, il faut se demander pourquoi et essayer que d'autres s'y attèlent. Les élus locaux, dont je suis, étant en charge du « bien-être global » de la population dans toutes ses dimensions, ont, à ce titre, la responsabilité des questions de santé même si la santé n'est pas une compétence des collectivités locales, au moins partagée avec les ARS. Cela aurait pu être inscrit dans la loi « Nouvelle organisation territoriale de la République » ou dans celle de « modernisation de notre système de santé », cela n'a pas été le cas mais ce sera peut-être pour la prochaine fois.

De notre point de vue, les inégalités de santé relèvent, pour commencer, d'une inégale répartition des professionnels, même si on est l'un des pays où il y a le plus de médecins. Il y a une inégalité d'offre, qui créé une inégalité d'accès aux généralistes mais aussi de spécialistes en secteur 1. Donc, il n'y pas seulement l'aspect quantitatif mais aussi l'aspect accessibilité à ces spécialistes ainsi qu'aux infirmiers, kiné, orthodontistes…C'est un phénomène connu dont la principale cause est qu'il n'y a aucune régulation de l'installation des médecins (contrairement à d'autres professionnels de santé). Pour exemple, caricatural: l'endroit où il y a la plus forte densité de psychiatres en France, c'est le Boulevard Saint-Germain. Est-ce véritablement là qu'il y a le plus de besoins ? Je n'en suis pas sûr ! Tant que l'on n'aura pas mis à mal la sacro-sainte liberté d'installation des médecins, on continuera à avoir ces disparités. De même que les médecins de quartier se raréfient, les services de proximité disparaissent : la poste, les écoles, la banque, les commerces… que ce soit dans les quartiers périphériques ou dans les zones plus rurales un peu isolées. Ce n'est pas seulement la question des services mais c'est aussi, par exemple, celle des transports. Quand dans un quartier de 10 000 habitants comme le Petit-Nanterre, il n'y a plus de bus à partir de 20h30 et que 50% de la population n'a pas de véhicules privés, comment fait-on ? Eh bien, on ne fait pas !

La concentration de populations fragiles, les plus en difficulté, celles qui ont les comportements les moins favorables, associée à la dégradation des logements sociaux, à un urbanisme et un environnement défavorables, la raréfaction des services publics et des professionnels de santé… il y a, dans certains quartiers, cumul entre effet « de composition », et effet de « contexte » qui aggrave la situation. Il y a comme un effet de ciseaux entre besoins importants et offre insuffisante qui éloigne ces populations de la prévention et de l'accès aux soins et qui se traduit par des écarts croissants entre l'état de santé des habitants de ces quartiers et la population générale. Il y a des disparités territoriales, par exemple quand il n'y a pas de services publics ou de santé dans un quartier, qui produisent des inégalités qui sont aussi fondamentalement des injustices. Et je rappelle qu'en 2008 le maire de Sarcelles avait sollicité la HALDE pour que la discrimination territoriale devienne un critère reconnu de discrimination. Car oui, il s'agit de vraies discriminations, donc d'injustices.

Pour juger de ces inégalités, aujourd'hui, cela a été évoqué pour les diagnostics territoriaux, nous avons un certain nombre d'indicateurs, par exemple la dépense de soins, comparée par habitant. Nous avons le PMSI, pour les diagnostics à l'hôpital, et toutes les questions de facturation qui intéressent également l'Assurance maladie. Mais nous n'avons en somme que des indicateurs de « consommation ». Nous n'avons en revanche quasiment pas d'indicateurs de santé ou de bonne santé.

L'espérance de vie globale est un indicateur pédagogique, bien qu'il soit rustique et retardé. Mais, c'est un indicateur qui parle à la population et aux élus, et qui mobilise. Ce fut le cas quand, par exemple, un géographe a mis sur la carte du RER l'espérance de vie de la population aux différentes stations. Mais ces différences de santé liées aux caractéristiques sociales et/ou territoriales se retrouvent pour tout : le besoin en soins buccodentaires, le surpoids, l'obésité (à Nanterre, il y a 12 points d'obésité en plus dans les « quartiers sensibles » pour les filles de 10 ans). La mortalité évitable, le taux de dépistage des cancers, le taux de vaccination : ces indicateurs sont très inégaux selon les territoires en Ile-de-France et cela s'aggrave, constituant un très fort facteur d'inégalités, massives et croissantes entre quartiers.

Pendant des années, nous avons parlé de comparaisons entre régions, voire entre départements : cela n'a aucun sens pour l'action, du point de vue d'élu local. En faisant la même politique sur tout le territoire, vous creusez inévitablement les inégalités, et l'ex-INPES a enfin compris que les grandes campagnes nationales étaient des facteurs d'accroissement des inégalités car les plus favorisés en ti-

rent tout de suite plus de bénéfice que les autres. Il faut au contraire adapter le message, cibler l'action, renforcer la mobilisation en fonction des besoins et des ressources de chaque quartier. Si, par exemple, on veut améliorer le dépistage du cancer du sein, si l'on veut comprendre quel a été le levier efficace ou quel a été le frein pour aller au centre de radiologie, il faut aller voir de près et seuls les géographes peuvent nous le montrer. C'est à partir de cette observation à une échelle très fine que l'on peut mettre en place des actions adaptées, donc potentiellement plus efficaces. J'insiste énormément sur cette exigence de diagnostic fin permettant de mettre en évidence les besoins, de plaider pour des actions réparatrices, pour guider l'action publique et l'évaluer, et enfin pour rendre compte à la population qui a besoin de savoir ce qui se passe dans son quartier, pourquoi elle a un sentiment de mal-être, est-il justifié ? Et quelles actions ses responsables locaux mettent en place.

Que peut-on faire lorsqu'on est élu local et que, à cause ou grâce aux géographes et à la population, on a constaté ces inégalités territoriales ? La première chose est de se donner les moyens de repérer ces inégalités et d'essayer de les comprendre : c'est l'intérêt de diagnostic territorial de santé, micro-local, premier acte des Ateliers santé-ville (outil opérationnel du volet santé de la Politique de la ville depuis maintenant 16 ans) et que les décideurs s'approprient petit à petit. Un diagnostic alliant les professionnels car ils ont les connaissances, mais également les habitants, leur perception et leur vécu, la manière dont ils recourent - ou pas - aux soins et à la prévention, c'est essentiel. Il y faut les données épidémiologiques mais également la participation des usagers-citoyens qui est aussi gage de leur compréhension des actions que l'on va mettre en place. S'ils n'ont pas été associés au diagnostic, s'ils ne savent pas de quoi on parle, on ne peut pas leur demander d'adhérer à des politiques. La démocratie aussi est, en soi, un facteur de bonne santé et la parole des usagers-citoyens est un levier essentiel pour faire bouger les organisations et les pratiques.

Au-delà du diagnostic, il faut aller plus loin et c'est tout l'intérêt des observatoires locaux de la santé. Il existe depuis 10 ans à Nanterre, mis en place avec un géographe de la santé. Il s'agit d'un outil qui permet de suivre, de comparer territoire par territoire et dans le temps, et d'essayer de mesurer l'impact des politiques que l'on met en place. Dans une ville comme Nanterre, il peut-être couplé avec l'observatoire social qui a l'obligation de faire un bilan annuel. Lorsque l'on arrive à articuler tout cela, on a une meilleure connaissance de la population et de ses difficultés. Ce sont des outils qui associent la population pour éclairer, guider, évaluer les politiques publiques.

Quel serait l'espace « idéal » pour ces diagnostics et pour l'action ? Chacun rêve d'un territoire, d'un périmètre unique, où l'on pourrait tout faire et qui serait pertinent à la fois pour le médico-social, l'ARS, les professionnels, les habitants. Cela n'existe pas ! Chaque action a un périmètre pertinent, il faut se résoudre à cela, et c'est une très grande frustration pour les planificateurs, mais je pense qu'il n'y a pas de solution. Je suis convaincu que les ARS sont un progrès mais l'Ile-de-France comprend 12 millions d'habitants : arriver à avoir une vision stratégique depuis le fond du 77 jusqu'à l'autre bout du 95 est une gageure quasi impossible. Ce niveau régional peut être un niveau de planification, d'allocation globale des ressources, de synergie entre acteurs, mais surement pas d'intégration des acteurs. Quel périmètre alors ? Plus on descend dans l'observation, plus on observe des disparités, des inégalités, des injustices, et l'on sait très bien que c'est par la mobilisation des acteurs locaux autour d'une situation identifiée, d'une population reconnue que l'on peut avoir des plans efficaces. Il faut donc « descendre » le plus bas possible et mettre en place des actions de santé « locales ». A ESPT, on considère que le territoire pertinent pour une politique de santé, répondant aux besoins et appropriées par les professionnels et les habitants comporte entre 50 000 habitants et 100 000 habitants. Suffisamment de proximité pour que les acteurs se connaissent, que les élus soient identifiés, que l'hôpital soit reconnu mais une ville de taille suffisante pour dégager des moyens. Rappelons que c'est aussi la maille choisie pour le secteur de psychiatrie, il y a déjà 50 ans, qui est en moyenne en France de 80 000 habitants : on retrouve cette même échelle populationnelle et territoriale sur laquelle on peut faire des choses intéressantes. C'est donc le niveau des villes moyennes, des nouvelles intercommunalités mais loin des métropoles, loin des établissements publics territoriaux du Grand Paris qui font en moyenne 4 à 500 000 habitants, loin des départements bien que la majorité des agences régionales de santé aient choisi le département comme « territoire de démocratie en santé ». C'est donc aux maires, en charge du bien-être de la population, de s'en charger.

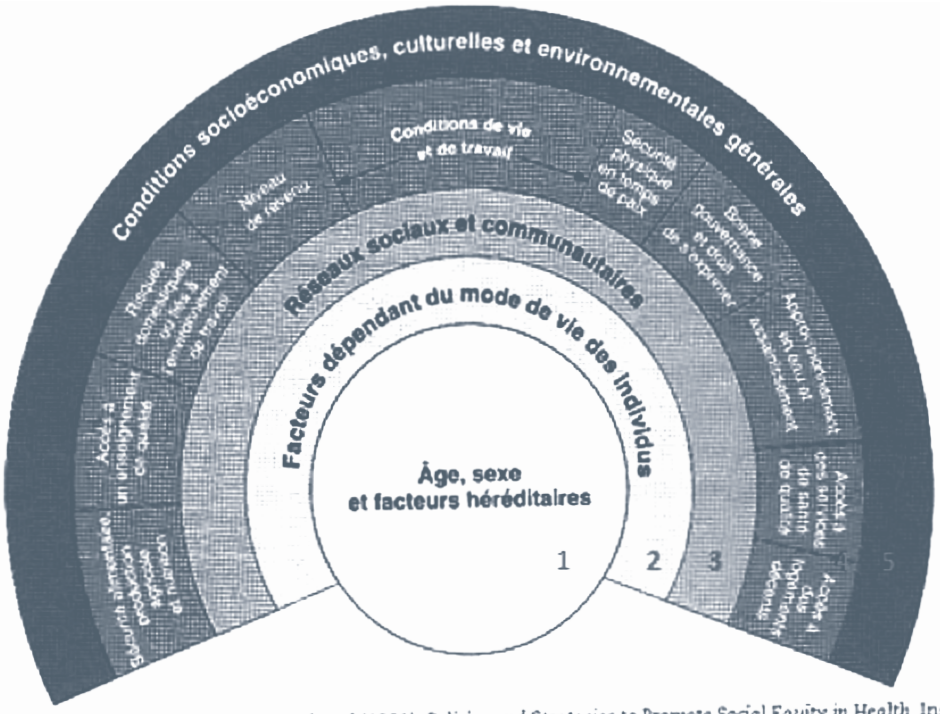
La loi de modernisation du système de santé, dont je considère qu'elle comporte de nombreuses choses intéressantes, a quand même créé une série de poupées russes assez fabuleuse : entre l'atelier santé-ville au niveau des quartiers (donc avec quelques milliers d'habitants) et le projet régional de santé (avec 12 millions d'habitants en Ile-de-France), il va falloir articuler les contrats locaux de santé (commune ou interco) et le projet territorial de santé (département). S'y ajoutent les équipes de soins de premiers recours, mais aussi les communautés territoriales de santé, la plateforme territoriale d'appui aux professionnels, sans oublier, les groupements hospitaliers de territoire. Il va falloir du temps pour que cela se mette en place et plus encore pour que ce soit mis au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Quels leviers ? Au niveau des villes et de leur groupement, il y a de nombreux leviers pour lutter contre les inégalités. La première cause de maladies chroniques selon l'OMS, est l'environnement. Or, l'environnement, c'est l'industrie, l'organisation de la société, la pollution, les transports, le logement… On parle beaucoup de comportements individuels et on culpabilise les gens sans se poser toutes ces questions qui me paraissent largement plus importantes

et plus politiques. Au niveau d'une commune, si l'on est convaincu que l'état de santé de la population est la résultante ultime de toutes les politiques qui sont conduites, certes au niveau national, mais aussi au niveau local, nous avons alors une responsabilité importante.

En effet, en ce qui concerne les déterminants, beaucoup relèvent des responsabilités directes des élus locaux, dépendent très largement de ce que font les villes

.



Source : D'après Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991), Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Institute of Future Studies, Stockholm.

En traduisant le diagramme de Margaret Whitehead en politiques de santé, on remarque que la bonne ou la mauvaise santé se fabrique pour une bonne part dans la ville.

Où se situent les déterminants?

➤ **1-2 : Facteurs personnels, individuels, comportements…**

➤ **3-4 : Ce qui se fabrique dans et par la Ville :**

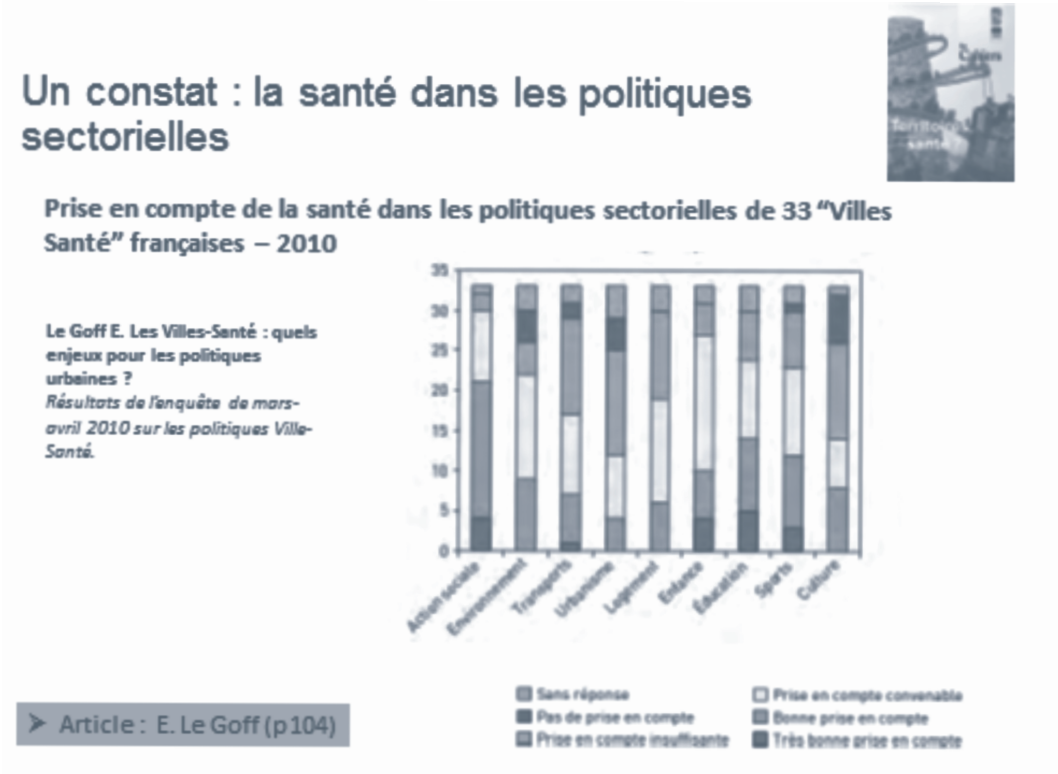
- Les réseaux sociaux : associations, contexte local, vie publique, culture, loisirs …
- Les politiques publiques mises en œuvre au niveau municipal:
  - Sécurité alimentaire, nutrition
  - **Enseignement** de qualité
  - **Risques** domestiques (et au travail) et environnementaux
  - Niveau de revenu
  - Sécurité, **tranquillité**
  - Eau, air, assainissement
  - **Logement,**
  - Bonne gouvernance, droit de s'exprimer, **Démocratie**

➤ **5 : Ce qui dépend très largement des Villes et de leurs élus:**

- Emploi
- Cadre de vie
- Urbanisme
- Transports,
- Offre culturelle, sportive
- Non-stigmatisation

LA LETTRE du COLLÈGE CES

Un travail a été fait par E. Le Goff dans les 33 plus grandes villes-santé de l'OMS en France pour montrer que, certes, dans l'action sociale la question de la santé est à peu près prise en compte de manière convenable, mais très peu dans l'urbanisme, le logement ou l'environnement. Alors que, je le répète, l'environnement est un facteur majeur de bonne ou de mauvaise santé. Tout cela pour montrer que les villes ont en main une multitude de leviers pour essayer d'améliorer la santé. En intégrant cette préoccupation de la santé dans toutes les politiques, on ne va évidemment pas fabriquer la même ville que si l'on s'intéresse uniquement à la spéculation immobilière ou à l'arrivée des entreprises. Même si, l'emploi est aussi un facteur de bonne santé…



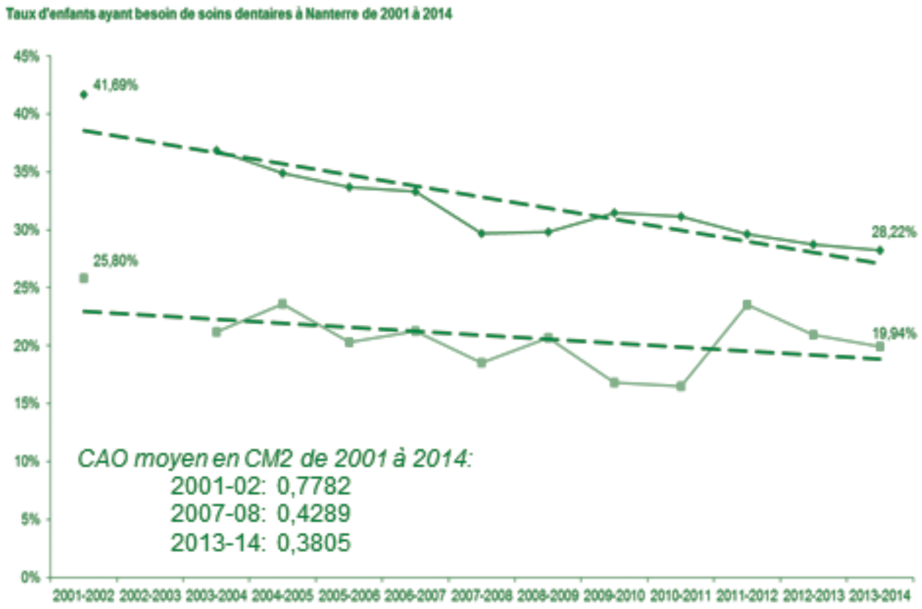
Quelques exemples d'actions possibles: les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) se développent : elles devraient faire, en plus du soin, des activités de santé publique en lien avec la ville, telles que : la prévention, l'éducation pour la santé, ou encore la vaccination.

Des actions de santé publique sont faciles à mettre en œuvre, tels que le suivi des vaccinations des enfants, ou la mise en place de planning familial dans les communes. Nous pouvons ainsi multiplier les actions micro-locales dans le cadre des Ateliers santé-ville, mais aussi développer les actions de promotion de la santé dans les écoles, ou encore des missions ciblées de dépistage du cancer du sein. Tout cela relève de la ville. Si toutes les villes organisaient les campagnes comme « Octobre rose » et « Novembre bleu », il y aurait beaucoup d'amélioration. A Albi par exemple, c'est toute une place qui a été recouverte de parapluies roses, pas une femme n'a pu passer à côté ni donc oublier de se faire dépister. Et seule la ville peut l'organiser, ni l'ARS, ni l'assurance-maladie ni les professionnels de santé. D'autres villes mettent en place des actions favorisant une alimentation saine, comptant jusqu'à plus de 80% d'alimentation bio dans les écoles. Pourquoi cela n'est-il pas le cas partout ?

Un autre exemple : engager sa commune dans la campagne « Ma ville sans perturbateurs endocriniens ». C'est aussi une action de santé publique qui, si l'on arrive à la cibler et à sensibiliser les quartiers défavorisés à ces questions, montre des résultats en termes de réduction des inégalités.

Autre sujet, la santé bucco-dentaire : à Nanterre, le diagnostic a montré que le taux d'enfants indemnes de caries dans les écoles maternelles varie, selon les quartiers et de manière très fortement corrélée avec les caractéristiques socio-économiques de la population, de 68% à 93% et de 40% à 82% dans les écoles élémentaires, ce qui veut dire que l'on a deux fois plus de « bouches d'enfants en bonne santé » dans certaines écoles par rapport à d'autres, dans la même ville. Cela est difficilement acceptable !

LA LETTRE du COLLÈGE



Grâce à une politique soutenue de dépistage et de promotion de la santé bucco-dentaire depuis 2001, non seulement nous avons réduit de manière considérable le nombre d'enfants ayant besoin de soins dentaires à Nanterre, mais nous avons aussi réduit les inégalités entre les quartiers en ZEP et ceux hors ZEP.
Finalement, tout cela dépend de l'engagement des élus locaux ; c'est donc une question fondamentalement politique.

Dr Laurent EL GHOZI

CES LA LETTRE du COLLÈGE

L'ENGAGEMENT DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE SUR SON TERRITOIRE DE SANTÉ

Marion VAN WONTERGHEM
Directrice générale de la CPAM du Val d'Oise.

Je souhaite tout d'abord rappeler les principes d'intervention historiques qui se sont peu à peu traduits dans une extension de la population couverte : égalité d'accès, qualité des soins et de l'offre de soins, solidarité, et un service public qui présente une caractéristique particulière avec une dimension administrative, médicale et sociale.

La caisse primaire du Val d'Oise se situe dans un département qui a été choisi comme territoire de santé par l'ARS puisqu'en Ile-de-France, le choix qui a été fait en dépit de la taille parfois très vaste de nos départements et de leur population importante, a été de choisir la maille départementale comme territoire de santé. Ce qui, j'en conviens tout à fait, n'est pas une maille très commode pour mettre en place des programmes pertinents dans nos territoires. Notre département compte 185 communes et est très contrasté avec une partie très rurale et une partie très urbaine sensible, très vulnérable. Dans un contexte de forte digitalisation de l'offre de services, mon premier devoir est de faire de la discrimination positive, c'est-à-dire que pour que les habitants les plus vulnérables aient accès à leurs droits, il faut que je concentre nos moyens d'accueil sur les zones fragiles, et que l'on essaie de contrebalancer ce poids de la fracture numérique par une implantation qui reste importante puisque l'on est présent à Sarcelles, Argenteuil, dans la ville nouvelle de Cergy, à Goussainville, etc…Avec une population qui, dans cette partie vert foncée (voir carte), est en situation de grande vulnérabilité, une forte population immigrée, des communautés assez fermées parfois.

Dans le Val d'Oise, on est dans un contexte où près de 92% de la population est protégée par la Caisse, avec près de 100 000 bénéficiaires de la CMUC. C'est une population pour laquelle nous servons vraiment d'amortisseur de la crise dès lors que tous les dispositifs d'accès aux soins sont utilisés par ces personnes, nous devons leur permettre de se faire soigner et de limiter leur reste à charge.

Nous faisons le constat d'une sous-utilisation des droits, confirmée dans toute une série d'études, et d'une sous-consommation sanitaire. Par exemple, l'un des freins les plus importants de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé se situe dans sa complexité. En effet, 60% des bénéficiaires auxquels on accorde cette aide ne font pas le choix de souscrire à l'un des contrats labellisés qui leur sont proposés, parfois avec un reste à charge à zéro. Il reste donc un travail important à accomplir à ce sujet. Environ 7% de la population de nos bénéficiaires n'a eu aucun recours aux soins sur les deux dernières années. Il s'agit en outre d'un grand nombre de femmes qui ne vont pas chez le gynécologue, d'un taux élevé d'enfants qui n'a pas accès au dépistage buccodentaire, et de femmes qui ne recourent pas à la mammographie (à hauteur de presque 40%). Cela veut dire que même lorsque l'on propose des dispositifs gratuits, il y a bien des freins culturels et éducatifs qui font que ces dispositifs ne sont pas utilisés. Les décideurs se sont mobilisés, en particulier au travers de contrats locaux de santé qui sont impulsés par les villes avec l'ARS, auxquels nous participons sur tout le volet droit et accès aux soins, accès à la prévention. Nous participons également à toute une série de manifestations qui nous sont proposées par les villes. Nous sommes également en lien avec les villes dans le cadre des contrats de ville puisque ce département dispose de 41 quartiers prioritaires au titre de la nouvelle politique de la ville. Là aussi, nous sommes donc très présents et je considère que, même si l'on est un service public en situation de très grand monopole dans ce département, je suis un partenaire ouvert et utile pour les maires qui auraient besoin de la CPAM. C'est le positionnement que j'adopte et qui permet d'ouvrir un dialogue assez fructueux avec les villes.

Nous nous sommes interrogés sur la question du non-recours, du renoncement aux droits et aux soins (puisqu'on avait le pressentiment de grandes difficultés y compris pour les personnes qui auraient des droits ouverts). Nous avons conduit un diagnostic territorial début 2016 qui a concerné 3 000 personnes qui étaient accueillies en rendez-vous. Il y a un biais de sélection puisque ce sont des personnes demandeuses auprès de la CPAM.

Sur ces 3 000 personnes, 25% se disaient en situation de renoncement aux soins y compris dans des publics peu marginalisés. Par exemple, on y trouve des taux de renoncement chez des retraités qui sont particulièrement significatifs. Bien évidemment, sur le soin renoncé on retrouve d'abord les soins dentaires conservateurs et prothétiques, puis la consultation chez le généraliste et les examens médicaux avec des causes de renoncement qui portent pour 2/3 des répondants sur le reste à charge et pour un gros tiers sur l'avance des frais. Le développement du tiers-payant va permettre là aussi de limiter le non-recours. Les personnes qui se disent « renonçantes » sont des personnes qui se disent avoir un état de santé dégradé davantage que ceux qui ne sont pas renonçants, donc ce sont des populations qui méritent notre intérêt. Bien sûr, une grande partie de ces renonçants n'ont pas de complémentaire santé, beaucoup plus que ceux qui se disent non-renonçant. Pour l'exploitation de cette étude, nous avons été accompagnés d'une équipe de sociologues.

En ce qui concerne l'accès aux soins, dans ce contexte, nous avons décidé qu'il fallait développer tous les partenariats avec plus d'une centaine d'acteurs sociaux du département. Nous avons mis en place des circuits courts avec des boîtes aux lettres électroniques, des délais de réponses très courts sur les situations de signalement qui nous sont faits, que ce soit par le Conseil départemental pour les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou pour les mamans par la PMI, et aussi par les CCAS (nous avons 20 contrats de partenariats signés avec des CCAS). Tout dernièrement, j'ai signé un partenariat avec Pôle Emploi et en particulier pour les conseillers de Pôle Emploi en charge des demandeurs d'emploi dits en accompagnement renforcé, c'est-à-dire ceux pour lesquels l'accès à une meilleure santé peut être un vrai booster vers la recherche d'un emploi. Nous avons également un partenariat original avec la Maison d'arrêt du Val d'Oise près de Cergy, où nous travaillons à la fois sur l'accès aux droits et sur l'accès aux soins, et nous organisons pour les personnes incarcérées des ateliers de prévention qui les sortent de leur quotidien en plus de les aider à modifier leurs comportements.

Sur la question de la santé bucco-dentaire, nous avons trois unités mobiles qui dépistent environ 4 000 enfants dans les quartiers les plus défavorisés du département, avec : dépistage, repérage, signalement aux parents et aux instituteurs, et bientôt accompagnement vers les soins pour les enfants en difficulté.

A la suite du diagnostic que l'on a réalisé au printemps, nous avons décidé de mettre en place une équipe dédiée à l'accompagnement des personnes en situation de renoncement aux soins. Une équipe qui nous permet, sur signalement de nos partenaires et de nos accueils, d'accompagner ces personnes jusqu'à la réalisation de leurs soins. Aujourd'hui, nous avons accompagné près de 130 personnes au long cours, c'est-à-dire qu'il s'agit de recréer un lien de confiance pour ces personnes qui ont une image très dégradée d'elles-mêmes, et il s'agit d'abord de rétablir leur droit au régime obligatoire et au régime complémentaire. Sur ces 130 personnes, ce qui pose problème, ce sont les soins dentaires : d'où l'intérêt de la négociation qui s'est engagée entre l'UNCAM et les organisations syndicales de chirurgiens-dentistes pour essayer de rétablir la balance entre la prise en charge du soin conservateur et celle de la prothèse et tendre ainsi à limiter les dépassements sur la prothèse. Mais 26% de ces 130 personnes ont eu des difficultés en ce qui concerne la consultation d'un spécialiste : gynécologue, ophtalmologue, chirurgien, avec un certain nombre de praticiens qui pratiquent des dépassements d'honoraires. Enfin, la question de l'optique reste importante. En complément de ce travail fait en interne, nous avons monté des partenariats avec les permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux et une ligne d'urgence confidentielle à l'usage exclusif des professionnels de santé qui leur permet lorsqu'ils sont confrontés pour un patient à une urgence administrative de nous contacter. Cela vient de démarrer, environ 45 signalements proviennent de médecins, de pharmaciens, ou de centres de santé.

Nous parlons de toutes ces initiatives avec l'ensemble des décideurs du département, que ce soit le Préfet, le préfet délégué à l'égalité des chances, le Conseil départemental, les maires. Et dans ce rôle de lutte contre le renoncement aux soins, nous avons une forte légitimité de l'assurance-maladie pour travailler sur ce champ car nous sommes en position de neutralité parfaite. Nous n'avons aucun autre intérêt à poursuivre que celui de nos assurés. Enfin, d'autres dispositifs nous permettent de réduire aussi les difficultés d'accès aux soins et d'améliorer l'offre de soins. Par exemple les dispositifs conventionnels qui permettent l'installation de professionnels de santé, ou encore un important travail a été réalisé autour de l'accompagnement des centres de santé (puisque l'on considère que c'est une offre de santé tout à fait légitime dans nos territoires et qu'il faut soutenir cette offre, de la même manière que l'on soutient les professionnels libéraux). Sur certaines actions spécifiques, on peut citer le programme SOPHIA d'accompagnement des personnes diabétiques. En Ile de France, le Val d'Oise est le deuxième département pour la prévalence du diabète et il présente aussi une problématique importante de mortalité périnatale juste derrière la Seine Saint Denis. Ce sont des sujets qui nous préoccupent donc beaucoup et pour lesquels nous avons besoin de travailler avec l'ensemble des décideurs locaux, dans un partenariat organisé et évalué.

Marion VAN WONTERGHEM

LA LETTRE du COLLÈGE CES

L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Apéa GOUEPO
Cheffe de projet Evaluation en santé à la Direction Santé de la FNMF.

Beaucoup de choses ont été évoquées et font écho à différentes activités au sein de la FNMF, au-delà de ma spécialité qui est la prévention et la promotion de la santé, notamment parce que la Mutualité a plusieurs métiers. Le premier auquel on pense est celui de la complémentaire santé. La Mutualité a toujours eu une action sur l'accès aux droits des personnes, sur l'accompagnement à l'accès à l'ACS (l'aide à la complémentaire santé) ou la CMUC. Le deuxième métier, auquel on pense moins, est celui d'offreur de soins, à travers tous les services de santé et de soins mutualistes. La Mutualité a une action sur le conventionnement hospitalier mais aussi sur l'accès aux soins de premier recours, sur le tiers payant, et ce, bien avant la réforme. Son troisième métier, c'est celui de la prévention et de la promotion de la santé dont je vais vous parler pour essayer de faire le lien avec les inégalités territoriales et sociales de santé et vous montrer quelles actions et évaluations nous menons.

L'action de la Mutualité Française en PPS (prévention et promotion de la santé) s'inscrit dans un cadre et répond à des priorités. Ces priorités prennent en compte des orientations stratégiques qui sont définies conjointement entre les mutuelles, les équipes prévention et promotion de la santé sur le terrain et la FNMF, et couvrent une grande partie des déterminants de santé, à savoir la prévention des maladies chroniques, la prévention de la perte d'autonomie et le bien vieillir, la santé environnementale. Nous avons aussi une approche par moments de vie, avec des actions qui s'adressent plus particulièrement aux actifs, à la famille avec notamment des actions dans le champ de la petite enfance, de la jeunesse et de l'accompagnement à la parentalité. Puis nous avons un troisième grand groupe populationnel qui est celui de la santé des aidants, et que l'on a inscrit sur ce cycle 2016-2018 comme étant une priorité. Ce cadre d'action en PPS prend également en compte les priorités régionales définies par les ARS et je voudrais citer comme exemple le cas de la Bretagne où l'Union régionale de la Mutualité Française a plus du quart de sa programmation en prévention qui est dédiée à la prévention du suicide, axe qui ne fait pas partie des orientations nationales. Enfin, cette activité en PPS répond également à la demande plus spécifique des mutuelles pour leurs adhérents. La lutte contre les inégalités sociales de santé est un axe transversal au travers de toutes ces activités et nous avons d'ailleurs mené des travaux avec la Société Française de Santé Publique à ce sujet.

Proposer des parcours de santé

Pour mieux comprendre, l'activité et l'action de la Mutualité Française en prévention et promotion de la santé se déclinent sur trois canaux :

- des actions de terrain qui sont nos actions de proximité menées par nos équipes prévention et promotion de la santé directement auprès des populations dans chaque région sur le territoire français, y compris dans les DOM.
- un site Internet d'information grand public : prioritesantemutualiste.fr
- une plateforme téléphonique (le N°3935) à laquelle les adhérents mutualistes peuvent faire appel pour des services d'accompagnement notamment sur le sevrage tabagique ou la nutrition.

L'ensemble de cette action s'attache à proposer des parcours de santé puisque nous proposons à la fois de l'information en présentiel (à travers des actions ponctuelles type stand d'information, conférence), mais également de la sensibilisation lors d'ateliers pratico-pratiques (par exemple, sur la santé environnementale avec la fabrication de produits ménagers faits maison) ou un accompagnement dans l'adoption de comportements favorables à la santé qui s'inscrit dans la durée. Nous proposons également du repérage de facteurs de risques en collaboration avec des professionnels de santé (qui ne sont pas forcément des professionnels mutualistes), avec qui l'on va travailler sur des problématiques de santé visuelle, auditive, de dépistage glycémique pour orienter les personnes vers du soin en fonction des problématiques dépistées… Pour faire le lien avec les autres métiers de la Mutualité, nous avons la chance de pouvoir accompagner les personnes dans l'ouverture des droits à une complémentaire santé (accès à la CMUC ou à l'ACS).

Nos programmations sont définies annuellement même si le cadre est triennal, et cela représente 7 000 actions de terrain tous les ans au bénéfice, l'année dernière, de près de 300 000 personnes. Nous avons notamment mené des actions portant sur le bien vieillir avec des dossiers d'information sur le site Internet, des temps d'échange proposés sur le terrain sous forme d'ateliers, de groupes de paroles et des rendez-vous avec des experts à distance sur le site Internet. Nous avons d'autres actions d'accompagnement qui se déroulent dans la durée en partenariat avec beaucoup d'autres acteurs que sont le RSI, la MSA, et des partenaires locaux comme les collectivités territoriales.

En fonction des actions, les équipes de prévention et de promotion de la santé travaillent vraiment en collaboration et coordonnent parfois tous ces acteurs au niveau régional sur des programmes de prévention.

Des actions généralisées qui s'adaptent aux territoires et touchent des publics différents

Au niveau national, depuis 2012-2013, nous avons fait le choix de proposer des actions que toutes les Unions régionales déploient sur le territoire. Ceci pour répondre à un enjeu des mutuelles qui était de pouvoir proposer partout sur le territoire français à leurs adhérents des actions de prévention et de promotion de la santé. En fin de compte, on s'est aperçu au travers de actions généralisées que ce sont des actions avec un socle commun que les régions déploient sur leurs territoires, mais qu'elles se sont complètement appropriées et qu'elles adaptent aux besoins de leurs territoires. Prenons l'exemple des « Journées de repérage » sur l'audition, la vision ou la glycémie-tension. Ce sont des actions qui se déroulent sur une journée au cours de laquelle le but est de repérer les problématiques de santé des participants sur l'audition, la vision et de réaliser des dépistages glycémiques, puis d'orienter ces personnes vers des professionnels de santé avec également un accompagnement sur l'ouverture des droits. En 2016, pour la première année de mise en œuvre, ce sont des actions que les Unions régionales ont pu décliner à la fois sur des territoires prioritaires (sur des zones plutôt rurales auprès de personnes isolées avec de vrais besoins mais qui n'auraient pas spontanément poussé la porte d'un audioprothésiste ou d'un opticien) et à la fois dans des zones bien dotées en centres d'optique et d'audition à la demande de mutuelles auprès de publics cibles comme les actifs pour les actions menées en milieu professionnel ou auprès de personnes âgées ou encore auprès de leurs adhérents exclusivement, dans un espace réservé.

Faire entrer la prévention et la promotion de la santé dans les milieux de vie et dans les lieux de soins

Face aux inégalités territoriales de santé, je dirais que l'action de la Mutualité en PPS se traduit par des actions proposées dans les milieux de vie, dans le milieu scolaire, le milieu professionnel et directement dans des lieux de soins. Depuis quelques années, la Mutualité s'est engagée dans un vaste programme de développement des structures de soins de premiers recours pour favoriser l'accès aux soins primaires des personnes. La déclinaison s'est faite sur un temps fort avec une action sur la nutrition et la pratique d'une activité physique : « Mangez, bougez, c'est facile ! ». Cette action a été expérimentée fin 2014 sur quatre régions, puis évaluée et ensuite généralisée à toute la France. Elle est aujourd'hui menée chaque année au mois d'avril dans des structures de soins de premiers recours que sont les centres de santé, les centres dentaires, les maisons de santé, les pôles de santé pluridisciplinaires et les pharmacies.

En fonction des milieux de vie, la Mutualité propose des actions qui sont mises en œuvre avec des partenaires divers qui peuvent aller des associations en lien avec certains publics cibles aux bailleurs sociaux ou aux collectivités territoriales comme les conseils départementaux et conseils généraux, ce qui permet d'agir dans des lieux aussi ouverts que des marchés ou au contraire bien spécifiques (ESAT, missions locales, centres d'apprentissage) et de toucher des publics plus éloignés de la prévention.

En milieu scolaire, on peut citer une autre action assez emblématique qui s'appelle « Bouge… Une priorité pour ta santé ! », qui s'adresse aux élèves de l'école primaire à la terminale et qui s'articule avec les programmes scolaires des élèves. Cette action passe par un événement emblématique en début d'année qui est la mesure de la condition physique des élèves. Et, au fil de l'année, à travers un questionnaire socio-cognitif, l'action mesure les besoins des élèves et propose en cours d'année des interventions d'éducation à la santé proposées par les enseignants. C'est une action qui s'attache à agir sur les compétences psychosociales des élèves et qui a été évaluée avec une équipe universitaire.

Des leviers pour lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé

Il me paraît important de relever qu'au travers de l'ensemble de cette action de prévention et de promotion de la santé, la notion de parcours de santé est essentielle. La question de l'évaluation est aussi centrale. Elle répond à plusieurs enjeux à notre niveau qui sont d'abord, de pouvoir donner un retour à nos financeurs qui sont les mutuelles, de pouvoir montrer les effets de ces actions, mais également de pouvoir mutualiser les actions, les moyens, les outils puisque, aujourd'hui, la prévention est une activité qui est déployée par l'ensemble des régions sur le territoire avec un financement mutualisé.

En travaillant avec la Société française de Santé Publique pour essayer de répondre à la question « comment cette action en prévention et promotion de la santé répond à la problématique des inégalités sociales de santé ? », nous avons identifié plusieurs leviers : tout d'abord l'importance du partenariat local et de l'intersectorialité. Nous nous sommes rendu compte que fonctionner en intersectorialité est essentiel : le partenariat avec des secteurs aussi divers que celui du médical, du médico-social mais aussi du transport, de la justice, de l'habitat, de l'emploi et de l'insertion est caractéristique de l'activité en PPS. Il a beaucoup été question lors des précédentes interventions de l'investissement des élus locaux. Nous avons en effet identifié la reconnaissance institutionnelle et le sou-

tien politique comme des éléments importants, tout comme l'adhésion et la participation des équipes de terrain dans les milieux d'intervention. Nous savons que déployer une action « clé en mains » auprès d'un public ne suffit pas, quand bien même on aurait fait un diagnostic fin des besoins de ce public, si les professionnels de santé impliqués auprès de ce public n'adhèrent pas au projet, les résultats ne seront pas là. L'adhésion et l'implication du public quant à elles restent difficiles ; on essaie d'impliquer et d'avoir une démarche participative avec les bénéficiaires. On tente de former des personnes relais, ce n'est pas toujours simple. Un autre critère qui nous semble important, c'est la reconnaissance et la légitimité des intervenants. Au sein du réseau prévention de la Mutualité, nous avons beaucoup de régions qui sont impliquées au niveau des ARS dans les diverses commissions et qui se retrouvent parfois dans le rôle de coordinateur sur un territoire ou sur une thématique, ce qui montre qu'ils sont reconnus comme légitimes.

Pour conclure, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé sous-tend l'action de la Mutualité Française à différents niveaux : en prévention et promotion de la santé, mais aussi dans l'accès aux soins (notamment à travers le conventionnement hospitalier) ou dans l'accès des personnes à une complémentaire santé.

Apéa GOUEPO

Table ronde n°2 : le role des acteurs dans la coordination des soins – l'exemple des soins aux personnes agees

AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES : LES EXPÉRIMENTATIONS PAERPA

Zeynep OR
Directeur de recherche à l'IRDES et responsable du projet d'évaluation de l'expérimentation PAERPA.

J'ai pour mission ici de vous exposer la vision des pouvoirs publics au niveau national concernant la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social et, plus particulièrement, la conception de l'expérimentation PAERPA (Parcours santé des aînés) qui vise à améliorer la coordination de la prise en charge des personnes âgées. L'IRDES, qui est un institut de recherche indépendant, est chargé d'évaluer les résultats globaux de cette expérimentation.

Avant de vous présenter les dispositifs PAERPA, j'aborderai tout d'abord les constats, au niveau national, qui ont motivé cette expérimentation. Des travaux réalisés notamment par la CNAMTS ont montré que la consommation de soins des personnes âgées représente une part importante des dépenses de santé : les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9 % de la population mais plus de 20 % des dépenses de santé. En effet, après 75 ans les personnes âgées souffrent souvent d'une multitude de pathologies et plus de 50 % ont au moins une Affection de longue durée (ALD). On constate également que 33 % des personnes âgées ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année, pour une durée de 12 jours en moyenne, et 50 % d'entre elles sont préalablement passées par les urgences. Elles consomment en moyenne plus de sept médicaments en continu au cours de l'année et pour 25 % d'entre elles plus de dix médicaments. Ces constats, qui interpellent au plus haut niveau de l'État, portent également sur l'absence de prise en charge coordonnée des personnes âgées. Il s'agit, comme c'est d'ailleurs l'avis de l'HCAAM dans son rapport de 2011, « d'une défaillance de l'organisation de notre système de santé ». Il est aussi intéressant de souligner, toujours à partir du rapport de l'HCAAM, que l'amélioration des prises en charges des personnes âgées et une meilleure coordination des acteurs de santé et médico-sociaux au niveau local est considérée comme un levier majeur pour améliorer l'efficience du système de santé et réduire les dépenses de l'assurance maladie.

Le rapport HCAAM avance l'idée que la multiplicité des acteurs qui interviennent auprès de cette population nécessite une approche territoriale. C'est plutôt novateur. L'expérimentation PAERPA découle directement de cette recommandation de l'HCAAM qui souligne la nécessité d'améliorer la coordination des ressources (humaines, techniques...) pour les personnes âgées, et la nécessité de réaliser les démarches au niveau territorial. Pour cela, il faut développer une approche des « parcours » qui prend comme point de départ les besoins des personnes âgées, qu'ils soient médicaux ou sociaux.

Ainsi, l'expérimentation PAERPA provient d'un cahier des charges national qui a pour objectif d'améliorer les parcours des personnes âgées : améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ; éviter le recours à l'hospitalisation ; faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins dans les bonnes structures au bon moment. Sans oublier la motivation économique derrière tout cela (éviter ou réduire les soins redondants).

Qu'est-ce que c'est que ce projet PAERPA ?

En 2014, dans neuf régions, neuf territoires pilotes ont été retenus couvrant à peu près 230 000 personnes âgées et plus de 7 000 professionnels de santé dans ces territoires. En 2016, avant même d'attendre les résultats de l'évaluation, une extension a été réalisée dans le but de s'appuyer sur les dynamiques de coopérations locales. L'extension concerne les régions non couvertes et certains territoires actuels. Par exemple à Paris, le territoire initial, trois arrondissements, est élargi à six autres arrondissements. Cette extension, qui est aussi politique, fait en sorte que dans toutes les Régions il y ait maintenant au moins un territoire PAERPA.

Quand vous regardez les territoires actuels – je ne parle pas des extensions parce que notre évaluation va porter sur la première vague de territoires – vous voyez que ces territoires sont extrêmement variés à la fois dans leur taille et dans leur configuration territoriale (urbain/rural). A Paris, il s'agit de trois arrondissements (9, 10, 19) ; en Aquitaine il s'agit de la ville de Bordeaux dans son ensemble ; en Midi-Pyrénées, cela concerne 475 communes très variées en termes de mixité urbain-rural ; en Bourgogne il s'agit d'une population plutôt rurale, etc.

Les territoires PAERPA ont été identifiés et proposés par les agences régionales de santé (ARS) en fonction de motivations diverses : soit il existait déjà une dynamique dans cette zone identifiée entre professionnels de santé, avec une histoire de coopération entre, par exemple, un hôpital et des professionnels autour ; soit c'était le contraire, il n'y en avait pas, c'était justement une zone un peu laissée à part qui n'était pas servie par d'autres dispositifs. Les premiers bilans territoriaux réalisés avant l'expérimentation ont servis aux ARS à identifier ces territoires et cibler leurs actions. L'hétérogénéité des territoires complexifie l'évaluation de cette expérimentation.

Le dispositif PAERPA est à la fois très cadré, par un cahier des charges national qui décrit les objectifs de l'expérimentation et une batterie de dispositifs ou outils de coordination à mobiliser, et en même temps assez flexible. Je pense qu'on peut dire que le dispositif PAERPA est comme une boîte à outils fournie à chaque ARS, mais c'est aux acteurs locaux de chaque territoire de décider la manière dont ils vont utiliser cette boîte à outils, en fonction de leurs besoins. Puisque les territoires sont très différents, leurs problématiques varient ainsi que leurs moyens – par exemple, l'accessibilité aux professionnels de santé est très inégale en fonction des territoires.

Si on regarde rapidement les « outils » qui sont des dispositifs financés, le plus connu, c'est le Plan personnalisé de santé (le PPS). Il s'agit d'une consultation renforcée qui fait un bilan des actions médicales et sociales à mener. Pour faire ce bilan personnalisé, remboursé à 100 euros (à partager), le médecin traitant, généraliste, doit former un binôme avec soit une infirmière, soit un pharmacien (on voit bien, déjà, des différences entre les territoires). Dans certains territoires, on voit que le binôme pharmacien-généraliste fonctionne bien : la plupart des PPS sont initiés par le pharmacien. Dans d'autres territoires, la majorité des binômes se compose d'un généraliste et d'un infirmier.

Le deuxième dispositif majeur est la Coordination territoriale d'appui (CTA), qui est un service de guichet unique, à la fois pour les usagers et pour les professionnels de santé, afin d'orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire et favoriser les échanges entre professionnels. La façon dont la CTA est construite, les modes de fonctionnement, etc. varient beaucoup entre les territoires. D'ailleurs dans certains territoires, la CTA joue un rôle dans l'identification des cas vulnérables et l'initiation des PPS.

Dans cette boîte à outils, il y a aussi des outils informatiques, comme la messagerie sécurisée, afin de partager l'information entre les professionnels de santé et du secteur social. On verra ce que cela va donner. Finalement, sans rentrer dans les détails, il y a de nombreux dispositifs pour faciliter les transitions ville-hôpital-EPHAD, et plus précisément pour éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations.

Même si cette boîte à outils a été conçue au niveau national, les Régions, les ARS, ont une grande flexibilité dans leur utilisation. Par exemple, dans certains territoires, le dispositif « de prise en charge temporaire à domicile ou en EHPAD suite à l'hospitalisation » n'est pas du tout développé, dans d'autres il y en a beaucoup ; c'est pareil avec la formation PAERPA.

Certaines ARS ont également développé des actions

propres à leurs territoires lorsqu'il s'agit d'une problématique locale importante, comme la poly-médication en Nord Pas de Calais.

En résumé, on peut dire que le dispositif PAERPA constitué d'un cahier des charges commun englobe des projets-prototypes, mais différents d'un territoire à l'autre. C'est ce qui complexifie l'évaluation. En même temps, il y a quand même un élément commun important dans cette approche : on mise principalement sur les médecins traitants, plus que sur d'autres acteurs, pour améliorer la coordination cliniques de proximité.

Comment évaluer cette expérimentation complexe ?

La vision que nous avons de PAERPA provient de l'évaluation. Il faut noter que cette évaluation est inscrite dans le cahier des charges PAERPA, ce qui est une nouveauté pour nous, chercheurs – ce document indique qu' « une évaluation scientifique indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, permettra d'apprécier les résultats de PAERPA ». Cette évaluation médico-économique confiée à l'IRDES vise donc à porter un jugement global sur les résultats des projets au regard des objectifs de PAERPA et au moyen de critères communs. Cette évaluation contribue également au pilotage des projets en mettant en place un dispositif de suivi qui va aider les acteurs locaux. En effet, les ARS et les acteurs locaux ont des missions mais n'ont pas toujours les outils pour piloter les actions efficacement.

Dans ce cadre, nous avons conçu une évaluation globale qui consiste en trois approches menées en parallèle :

- La première est le monitoring. Il s'agit de définir une batterie d'indicateurs standardisés afin de décrire et de comparer les contextes et les caractéristiques des territoires PAERPA entre eux et par rapport à l'ensemble de la France. La description des territoires pilotes à l'aide d'indicateurs standardisés s'inscrit aussi dans la perspective de constituer des groupes de contrôle et permet une comparaison des territoires et des populations PAERPA avant le lancement des projets et après.
- La deuxième approche est une évaluation qualitative, dite aussi « opérationnelle » : elle porte sur la mise en œuvre des actions territoriales et analyse le processus de déploiement. Au regard de l'importance des éléments contextuels dans l'implantation des projets PAERPA et des spécificités des territoires, le Comité national d'évaluation a décidé de lancer un appel d'offre pour appréhender rapidement la cohérence des actions et les difficultés locales sur un calendrier serré de 11 mois en 2016. Cette évaluation qualitative a été confiée à une équipe de sociologues d'EHESP-Mines Paris Tech-CNRS (Marie Aline Bloch, Sébastien Gand, Léonie Hénaut, Elvira Periac) qui vont produire des monographies par territoire. L'idée est de comprendre comment sont déployés les différents dispositifs dans différents territoires, les difficultés de mobilisation des acteurs, etc. Cette évaluation qualitative est donc importante et complémentaire à l'évaluation de l'IRDES qui porte sur des analyses quantitatives. Elle permettra d'identifier les facteurs de réussite et/ou de non-réussite dans différents territoires, parce que in fine, notre objectif n'est pas de pouvoir dire « PAERPA a marché ou n'a pas marché », mais de pouvoir expliquer « pourquoi PAERPA a marché ici mais pas ici ».
- La dernière étape d'évaluation est « l'évaluation d'impact » qui mesure des changements de résultats imputables aux actions PAERPA.

Voilà comment s'articule les évaluations qualitative et quantitative au niveau national. L'évaluation quantitative portée par l'IRDES comprend trois approches complémentaires : le monitoring, les analyses dites à T0 et l'analyse d'impact.

La première étape d'évaluation pour l'IRDES était de définir une batterie d'indicateurs permettant d'avoir une vision globale des situations sociales, économiques, démographiques, relatives à l'état de santé, à l'offre de soins existante dans les territoires ainsi que du recours aux différents types de soins (en volume et en dépense). Je note que ces indicateurs sont différents de ceux utilisés dans les diagnostics territoriaux dans la mesure où ils peuvent être recensés à partir des bases de données nationales et ils sont calculés sur la base de définitions et de populations communes (en dénominateur et en numérateur). Ce qui nous intéresse dans le cadre de l'évaluation, c'est de pouvoir comparer les tendances de façon standardisée, c'est-à-dire d'avoir des indicateurs construits de façon comparable entre les territoires. Nous avons ainsi réalisé un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales dans les territoires avec l'Atlas PAERPA. Cet Atlas, disponible sur le site de l'IRDES (http://www.irdes.fr/recherche/2015/ouvrage-001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.html), est le point de départ d'un travail

plus détaillé cherchant à identifier les variations de pratiques et de résultats attribuables aux actions engagées par les territoires pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.

L'atlas permet à la fois de comparer les indicateurs de résultats (consommations ou recours aux soins, hospitalisations inappropriées, ...) entre les territoires, et d'appréhender ces résultats selon les différents contextes des territoires. Il est important de comprendre le contexte démographique et socio-économique et l'état de santé des populations, dans différents territoires pour l'évaluation des résultats. Nous avons donc mobilisé les bases de données nationales pour décrire l'offre médico-sociale, les contextes socio-économiques, etc. La conclusion de cet atlas est assez claire. On constate que les populations concernées par le projet PAERPA ainsi que les situations socio-économique, démographique, et de structure d'offre de soins sont extrêmement variées, ce qui implique déjà que les marges de progrès soient différentes selon les territoires. Il faut donc garder cela en tête, parce que nous avons, certes, besoin des analyses multivariées, cela fait partie de l'évaluation, mais il faut déjà comprendre que tous les territoires n'ont pas les mêmes marges pour avancer.

Sans parler de nos travaux de modélisation d'impact (qui sont en cours), je voudrais noter que dans le cadre de l'évaluation, nous avons également mobilisé les données disponibles pour identifier les facteurs déterminants les résultats observés à T0 (avant l'introduction de PAERPA) et pour tester les hypothèses sous-jacentes PAERPA. Nos indicateurs de résultats concernent les parcours, ou plutôt les ruptures de parcours - la non-coordination des soins. L'hypothèse principale de PAERPA est que l'on peut améliorer les parcours de soins, réduire le recours à l'hôpital, les passages répétés aux urgences, etc. en sensibilisant les professionnels de soins primaires aux principaux facteurs de risque d'hospitalisation, en modifiant les responsabilités des acteurs et en améliorant la communication entre les professionnels de santé. Nous avons commencé à faire des analyses à T0, en attendant les données 2015-2016 pour fournir des résultats sur l'impact PAERPA. Nos analyses montrent déjà qu'il y a des disparités très importantes en termes d'accessibilité aux soins de premier recours. Non seulement en termes de disponibilité des médecins généralistes, infirmières..., mais aussi en termes de modes de pratique, par exemple, de visites à domicile, de permanences de soins, etc., et que ces différences ont des répercussions directes sur le recours à l'hôpital (réadmissions) et le passage aux urgences.

Actuellement, nous sommes en train de construire des témoins et des modèles adéquats pour estimer l'effet propre des dispositifs PAERPA. Les premiers résultats seront disponibles au troisième trimestre 2017.

Je conclus en soulignant l'importance des analyses quantitatives au niveau local (ou territorial) pour identifier les problèmes spécifiques et les leviers d'action. La comparaison et l'analyse, de manière standardisée, des moyens, des pratiques et des résultats de soins dans différents territoires est nécessaire si l'on veut comprendre les pratiques locales, identifier les problèmes spécifiques, informer et sensibiliser les usagers et, in fine aussi, pour aider les acteurs locaux à améliorer la coordination des soins.

Zeynep OR

LA LETTRE du COLLÈGE CES

ECOUTER LES PERSONNES AGÉES ET SE COORDONNER À LEUR SERVICE

Pascal CHAMPVERT
Président de l'AD-PA: Association des Directeurs au service des Personnes Agées.

Je vais poser ma réflexion en deux temps inégaux, parce que je pense que le premier est beaucoup plus important mais je ne veux pas oublier le deuxième. Je vais essayer de développer ma réflexion en tant que Président d'une association professionnelle, qui regroupe des directeurs de services à domicile, d'établissements et de coordination. Je vais également parler moi-même en tant que Directeur de trois établissements et de trois services à domicile dans le Val-de-Marne, puis du fait de mes responsabilités comme membre, en tant que personnalité qualifiée du CNRPA, du conseil de la CNSA, et d'un certain nombre d'organismes...

Il y a, pour moi, quatre acteurs essentiels sur lesquels il faut se pencher. J'en fais un état des lieux dans une première partie. Dans une seconde, j'essayerai de dégager quelques pistes d'une coordination possible, mais avec toutes les précautions que j'aurai prises au cours de la première.

- Quatre acteurs essentiels

Le premier des acteurs, ce sont les personnes âgées. Viennent ensuite la composante sanitaire, la composante médico-sociale et les pouvoirs publics.

Les personnes âgées :

Je commence évidemment par les personnes âgées parce que l'ADPA est, comme son nom l'indique, l'Association des Directeurs au service des Personnes âgées. C'est d'elles dont il faut parler en premier. Qui sont les personnes âgées ? La plus belle définition que je connais est celle de Geneviève Laroque : « un vieux c'est quelqu'un qui a dix ans de plus que vous »... mais finalement, on peut aller plus loin que cette définition, et dire qu'un vieux, c'est nous tous. Cela nous concerne tous. Et c'est parce que l' « on est toujours le vieux de quelqu'un », qu'il faut se persuader que notre société est profondément âgiste.

Je suis aussi un vieux ! Particulièrement au regard des plus jeunes mais aussi par rapport à mon propre regard. Parce que je suis bien d'accord que l'avenir de la société, ce sont les jeunes ; l'avenir de chaque membre de la société, c'est d'être vieux. Et nous avons décidé, assez récemment, à l'ADPA, de poser en début de toutes nos interventions et de toute notre réflexion que nous sommes dans une société profondément âgiste, et que comme le dit l'ONU dans un de ses rapports récents, l'âgisme est en train de devenir, au niveau international, une ségrégation plus prégnante que le racisme ou le sexisme. Pourquoi plus prégnante ? Parce que nous repérons très bien le sexisme et le racisme, ainsi que l'homophobie et l'antisémitisme. Mais nous ne repérons pas l'âgisme, parce que nous sommes dans une société qui est tellement âgiste, que dès que l'on veut faire plaisir à quelqu'un qu'on n'a pas vu depuis cinq ans, on lui dit qu'il n'a pas vieilli. Ceci est propre à l'Occident. Je ne vais pas développer pourquoi ni comment. Cela se trouve moins en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie, …dans des parties du monde qui ne sont pas dans le monde occidental.

Si l'on regarde les personnes âgées de façon non-âgiste, c'est-à-dire nous, on va constater qu'effectivement 80 % des plus de 80 ans vont bien. Donc 80 % n'ont pas de difficulté et ne coûtent pas à la société. Ce sont des gens que moi, travaillant auprès des personnes âgées, je ne rencontre que dans ma vie privée. Par contre, il est vrai que les 20 % qui ne vont pas bien vont être de plus en plus nombreux, parce qu'il va y avoir de plus en plus de plus de personnes de 80 ans, et parmi les 20 % qui ne vont pas bien, il y a des gens qui cumulent les handicaps[1] et des gens qui sont très malades.

Est-ce dramatique ? Non ! Parce qu'en Occident, nous savons élever le niveau de vie, élever les conditions d'hygiène, élever les progrès des sciences et des techniques, et de la médecine. C'est ainsi qu'avant 80 ans on réussit à faire reculer de plus en plus de maladies qui invalidaient, qui handicapaient, … qui faisaient mourir. Comme le disait Geneviève Laroque, « les vieux ont hérité de la question de la mort ». Les femmes ne meurent plus en couche ; les enfants ne meurent plus de maladie infantile ; les hommes ne meurent plus à la guerre, sauf certains dont c'est le métier, hors drame. On lutte mieux contre le cancer, on lutte mieux contre les maladies cardiovasculaires, etc. Les gens vivent donc de plus en plus longtemps. Tant mieux. Mais évidemment, la conséquence est que si l'on va moins à l'hôpital (et heureusement) quand on a zéro, dix, quarante, cinquante ans, il est vrai qu'on y va davantage quand on est au bout du parcours

1 Il ne convient pas d'utiliser le terme « dépendance » qui a été pourtant officialisé et qui officialise l'âgisme. En soumettant deux catégories : « - de 60 ans : handicap » ; « + de 60 ans : dépendance », notre République est âgiste. Or, aujourd'hui, une personne de moins de 60 ans a plus de droits qu'une personne de plus de soixante ans. Pour cette raison, je n'utilise pas le terme « dépendance ».

d'une vie. Et c'est la raison pour laquelle il faut d'autant plus s'occuper de ces gens-là, parce que c'est notre avenir à tous. Et l'on peut avoir évité plein de maladies quand on a 85 ans, il y en a ensuite un certain nombre qui se révèlent.

Deuxième élément : la composante sanitaire.

On reste, dans nos sociétés techniciennes, scientistes, et scientifiques, dans des logiques où l'on hypervalorise la médecine technique, dans lesquelles on hypervalorise l'hôpital et la clinique. Les choses ont considérablement bougé depuis trente ans. Je suis directeur d'hôpital de formation, j'ai commencé ma carrière dans les hôpitaux, je vois l'évolution des hôpitaux et des cliniques : les choses vont mieux. Pour autant, vont-elles définitivement bien ? Non. Il y a encore beaucoup de progrès à faire, même si les politiques s'en sont rendu compte, même si les professionnels s'en sont rendu compte : il y a encore des progrès à faire. Nous restons encore assez obnubilés par la science, par l'hôpital, par la clinique, et probablement trop obnubilés. Nous demandons trop à l'hôpital et à la clinique. Et nous demandons notamment à l'hôpital et à la clinique de régler les problèmes non réglés dans le médico-social.

J'en viens au troisième acteur, le médico-social.

Le médico-social pour personnes handicapées connaît quelques difficultés, surtout depuis 2008. Mais comme évoqué précédemment, dans une société âgiste, il y a deux (voire trois) fois plus de moyens pour aider les personnes handicapées de moins de soixante ans que les personnes handicapées de plus de soixante. Le secteur de l'aide aux personnes âgées est pauvre. Tout le monde est d'accord là-dessus. Le rapport de la Cour des comptes de 2005 souligne d'ailleurs bien que « les besoins des personnes âgées à domicile et en établissement sont couverts à moitié ». Il reste donc encore plein de situations où l'on ne répond pas aux besoins des personnes et où finalement la seule solution trouvée lorsque l'on n'arrive pas à répondre aux besoins d'une personne est de l'hospitaliser. Donc depuis 2005, et même bien avant, l'État donne de plus en plus de responsabilités aux professionnels du domicile mais aussi et surtout aux établissements, où toutes les responsabilités reviennent à une seule personne : au directeur. C'est ainsi l'exemple de toutes les maisons de retraite, où les résidents ont droit à la garantie de leur sécurité sanitaire, et où ces derniers peuvent poursuivre le directeur en cas de maladie parce qu'il en a finalement la pleine responsabilité. L'hospitalisation devient presque un automatisme dès les premiers soucis.

- Quelques propositions concrètes, quelques règles simples

Tout d'abord que l'État, bien qu'il y ait déjà des choses intéressantes dans la circulaire CLIC[2] de 2000-2001, pose un cadre général et croie en ce qui peut marcher. Parce qu'il ne faut pas partir d'une page blanche : il faut partir de ce que font les acteurs. Dans PAERPA par exemple, nous avons identifié des endroits où les acteurs sont pleinement impliqués. Il reste d'autres endroits où rien ne bouge, notamment nous l'avons vu, en raison des inégalités. L'État doit en prendre acte ! L'Etat doit encourager les actions qui marchent ! Ce qui donnera peut-être envie à d'autres d'agir. En général, si des actions marchent, c'est grâce à la motivation des gens, ou à l'absence de problème financier.

Deuxième élément : il faut que l'État ait conscience qu'il s'agit d'un investissement. Qu'il peut être bénéfique comme il peut ne pas l'être.

Troisième élément : il faut évaluer les politiques et se reporter à ce qui est dit dans les évaluations. Exemple : L'absence de médecin généraliste dans certains endroits, identifiée dans les évaluations, devrait être un élément pris en considération par

l'Etat qui n'a de cesse de vouloir imposer la coordination (plutôt difficile dans les endroits où les professionnels manquent).

Dernier élément et je conclus là-dessus parce que c'est le plus important, il faut écouter. Il faut d'abord écouter les personnes âgées. Il faudra d'ailleurs que, dans l'évaluation PAERPA, il y ait l'écoute des personnes âgées. Le médico-social, globalement, arrive mieux à écouter les personnes âgées que le sanitaire. Je ne développe pas pourquoi. Il faut que le sanitaire écoute le médico-social. Il faut que dans le sanitaire, la médecine de ville, les cliniques, les hôpitaux, les patients soient davantage écoutés. Que les patients soient des citoyens (il y a encore beaucoup de progrès à faire) et que la personne âgée soit mise au cœur des dispositifs professionnels, mais aussi des pouvoirs publics. Comment les pouvoirs publics peuvent demander une évaluation du PAERPA sans écouter les personnes âgées ? Il faut s'intéresser à comment les gens, dans la vraie vie de tous les jours, ceux pour lesquels on travaille, les personnes âgées, s'accommodent de cette situation où leurs besoins sont couverts à moitié.

Pascal CHAMPVERT

2 CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologique.

LA LETTRE du COLLÈGE

LA REPRÉSENTATION DES PERSONNES ÂGÉES : QUELLES STRUCTURES ?

Sylvain DENIS
Ancien vice-président du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA).

Pour ma part, je vais essayer de vous dresser un paysage de ce que l'on a coutume d'appeler les « usagers », et la place des personnes âgées dans ce dispositif.

Très rapidement, je rappelle que la loi de 2002, la loi dite « loi Kouchner » a prévu la mise en place, dans les cliniques et les hôpitaux, de commissions de relation avec les usagers. Même si cela existait en fait déjà auparavant, au travers du collectif inter associatif sur la santé (le CISS), dont je suis administrateur national.

La dernière loi de modernisation du service de santé renforce cette représentation de démocratie sanitaire et créé (article 1er) l'Union Nationale des Associations Agréées en Santé (UNAAS), qui est en train de se mettre en place sous la houlette énergique d'Édouard Couty.

Quelle place pour les personnes âgées ?

Jusqu'en 2005-2008, il n'existait pas de représentant des personnes âgées. Il y avait des associations de patients, des associations de consommateurs et des associations familiales…Mais rien pour les personnes âgées. Alors que l'on n'a de cesse d'entendre dire que les personnes âgées coûtent cher à la Sécurité sociale, parce qu'ils sont sans arrêt malades.

Un jour, j'ai rencontré Christian Saout qui à l'époque était président du CISS. Il a souhaité nous intégrer (et souhaitait que nous ayons l'agrément) avec deux autres fédérations :

- la Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR), la mienne;
- les Aînés Ruraux (devenue Génération Mouvement) ;
- l'Union Nationale des Retraités et Personnes Âgées (UNRPA).

Génération Mouvement et la FNAR ont l'agrément santé. Ce qui représente un véritable parcours du combattant, parce que nous sommes victimes d'un préjugé défavorable : nous ne sommes pas des malades, nous ne sommes pas des patients. Et deuxièmement, nous ne sommes pas très armés par rapport aux associations de handicapés. Il y a donc un vrai problème de structuration de la représentation des personnes âgées.

Toujours est-il que nous avons réussi à obtenir qu'il y ait un collège des personnes âgées dans l'UNAAS, au milieu des collèges des patients, des collèges des consommateurs. Nous existons donc en tant que représentants des retraités et personnes âgées[3]. Le problème est que le « collège » des personnes âgées est constitué seulement de deux fédérations : Génération Mouvement et la FNAR. Il n'y en a pas d'autre.

Un autre problème se pose dans la mesure où nous sommes dans un mode extrêmement compliqué. En effet, vous avez des représentants d'usagers, avec des associations de représentants d'usagers, des associations de patients, des associations de personnes âgées…, que l'on veut toutes intégrer dans les structures des ARS. A commencer par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), et puis maintenant dans les groupements territoriaux de santé (GTS). Sans oublier que les usagers doivent aussi être représentés dans le cadre des établissements publics (GHT groupement hospitalier de territoire)... Il faut pouvoir trouver et mobiliser des gens pour y aller ! Et cela représente quand même une des difficultés des associations.

Nous sommes plus de 100 000 membres et nous n'avons que 81 représentants d'usagers, ce qui est déjà une belle performance, ce qui ne fut pas aisé à réaliser.

Donc toute cette affaire est extrêmement compliquée à mettre en place.

Autres exemples :

Il y a deux ans le conseil de la CNSA, dont Pascal Champvert et moi-même sommes membres, a produit un beau rapport annuel, avec un très beau chapitre sur « entendre la voix des personnes en perte d'autonomie ». Voix qui reste complètement étouffée.

Il a été créé un haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), avec 230 membres, sur lesquels on compte six membres des associations représentatives des personnes âgées.

3 Je tiens beaucoup à la notion de retraités parce qu'une personne âgée on ne sait pas ce que c'est ; un retraité on sait ce que c'est. C'est quelqu'un qui touche une pension de retraite.

Six personnes seulement et en plus on nous dit que ce HCFEA n'est pas là pour transmettre les demandes des personnes ! Quel recul !

Les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), donc essentiels au niveau des Départements, sont des structures sui generis qui reprennent l'ancien comité départemental, CODERPA[4], et l'équivalent pour les personnes handicapées. Sur 47 membres du collège des personnes âgées, on compte huit représentants d'associations. En revanche, il y a treize syndicats. Treize représentants des organisations syndicales... Pourquoi ? Les partenaires sociaux sont-ils censé parler des vieux, de l'enfance, de la famille ?

Je donnais ces deux exemples parce que je trouve que c'est assez criant, de voir que cette loi ne débouche que sur quelque chose qui va à reculons. Une population de 15 ou 16 millions de personne n'a plus qu'une place réduite pour exprimer son point de vue.

J'ai un autre problème, plus personnel, avec le mot « territoire ». Sans avoir lu la loi entièrement, on peut quand même s'apercevoir que la définition du mot « territoire » est différente selon l'article dans lequel on se trouve. Pour moi, un territoire, c'est là où ça marche c'est à dire une aire géographique où les objectifs peuvent être atteints. Et revenons aux PAERPA (je suis dans le comité de pilotage des PAERPA) : Au début je ne comprenais rien, aujourd'hui je ne comprends pas tout, mais grâce à l'atlas de l'IRDES et aux travaux de l'ANAP, un peu mieux. Mais j'adhère complètement à l'objectif, qui est de faire travailler les gens ensemble, soignants, aides à domicile établissement sanitaires et médico-sociaux.

Je termine en disant qu'il y a un acteur dont on n'a pas du tout parlé, ou seulement accessoirement, c'est le Département. Il ne faut pas oublier que le Département est un grand payeur : pour l'APA[5] et la PCH[6].

Et je crois qu'il faut bien distinguer entre les élus, qui font généralement des déclarations relativement fracassantes et puis qui essaient de se débrouiller avec le peu d'argent qu'ils ont, et les services, auxquels ont été transférées beaucoup de fonctions de la DDASS. Et pour avoir eu l'occasion, dans des réunions de la CNSA, de rencontrer de nombreux directeurs d'autonomie des Départements, je dois leur rendre hommage.

Et je terminerai en vous parlant des CLIC[7] : beaucoup ont été supprimés et rapatriés dans les services départementaux, et je trouve cela très dommage. Ce fut le cas dans la Somme (Conseil Général socialiste). Autre exemple qui date d'il y a quelque deux, trois ans, dans le Gard : de sept CLIC, on est passés à trois CLIC, placés dans des hôpitaux.

En revanche, la mise en place de maisons de l'autonomie et de maisons d'accueil mixtes PA-PH[8], est plutôt un progrès.

Il faut savoir que les départements ont quand même pris en charge beaucoup de choses compliquées, sans toujours avoir les financements.

En conclusion : des changements mais pas toujours dans le sens d'une meilleure écoute des personnes.

Sylvain DENIS

4 CODERPA : Comités Départementaux des Retraités et des Personnes Agées.

5 APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

6 PCH : Prestation de compensation du Handicap.

7 CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.

8 PA-PH : Personnes âgées, personnes handicapées.

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Cette Matinée thématique du Collège a été organisée par le CES
le jeudi 17 novembre 2016 à la Maison de la Tunisie (Bd Jourdan, 75014 Paris).
Elle a reçu le soutien financier des sociétés Boehringer-Ingelheim,
Malakoff Médéric et de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Les Coordonnées du Collège
Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :
Collège des Economistes de la Santé
CESP – Equipe 1 – Hôpital Paul Brousse – Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier – 94807 Villejuif cedex
06 07 75 14 90

E-mail : ces@ces-asso.org
Site internet : http://www.ces-asso.org

La Lettre du Collège :
Directeur de rédaction : Jérôme Wittwer, assisté de Thomas Barnay, Carine Franc et Agnès Gramain
Secrétariat de rédaction : Anne-Laure Soilly et Frédéric Bonnemaison
Réalisation : Louyot
ISSN : 1953-9755