



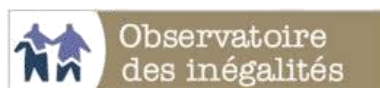
**Santé en Île-de-France :
comment réduire les inégalités ?**

RESTITUTION

CONFÉRENCE DU 19 SEPTEMBRE 2017

DEUX TABLES RONDES :

- « **LES INÉGALITÉS DE SANTÉ, UNE RÉALITÉ DE TERRAIN** »
- « **QUELLES POLITIQUES PUBLIQUES POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ?** »



CONFÉRENCE

SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE : COMMENT RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ?

avec la participation de **Frédéric GOUËDARD**, Président de la Mutualité Française Ile-de-France, **Louis MAURIN**, Directeur de l'Observatoire des inégalités, **Christian BONAL**, Président de l'URIOPSS Ile-de-France, **Serge BLISKO**, Président de la FHF Ile-de-France, **Patrick SERRIERE**, Président de la FHP Ile-de-France, **Nicolas SOUVETON**, Président des Mutuelles de France Réseau Santé, **Dr Luc GINOT**, Directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités à l'ARS Ile-de-France, **Marc SCHOENE**, animateur du groupe de travail permanent sur les inégalités de santé à la CRSA Ile-de-France, **Muriel DUBREUIL**, chargée d'étude à l'ORS Ile-de-France et Eric **MARAZANOFF**, Secrétaire général de la Mutualité Française Ile-de-France ;

Animée par **Pascal NICOLLE**, Directeur de La suite dans les idées.

SOMMAIRE

P 3	Discours d'ouverture
P 5	Présentation de l'étude sur les inégalités de santé en Ile-de-France
P 7	Table Ronde 1 « Les inégalités de santé, une réalité de terrain »
P 15	Table ronde 2 « Quelles politiques publiques pour réduire les inégalités de santé ? »

DISCOURS D'OUVERTURE

Frédéric GOUËDARD

Président de la Mutualité française Ile-de- France

M. GOUËDARD souhaite la bienvenue aux participants au nom de la Mutualité Française Ile-de-France et remercie le public et les intervenants de leur présence.



Frédéric GOUËDARD

La Mutualité Française fédère la quasi-totalité des « vraies mutuelles » en France. Elle représente 650 mutuelles, dans toute leur diversité – des complémentaires santé, qui remboursent les dépenses des patients, mais aussi des mutuelles qui gèrent des établissements hospitaliers, des services dédiés à la petite enfance, des crèches, des centres dentaires, des centres spécialisés en audition ou en optique, des structures et des services tournés vers des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées. Il s'agit de services de soin et d'accompagnement mutualiste. Les « vraies mutuelles », à la différence des complémentaires santé, sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles ne versent pas de dividendes et l'intégralité de leurs bénéfices est investie en faveur de leurs adhérents. Étant régies par le Code de la Mutualité, elles ne pratiquent donc pas la sélection des risques et mettent en œuvre la solidarité entre leurs membres. Elles sont dirigées par des militants mutualistes élus parmi les adhérents. Ces mutuelles représentent un mouvement social et démocratique engagé en faveur de l'accès aux soins du plus grand nombre. Ce sont des acteurs historiques de l'économie sociale et solidaire. Les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé, après la Sécurité sociale. Avec leurs 2 600 services de soins et d'accompagnement, elles jouent un rôle majeur d'accès aux soins à tarifs maîtrisés dans les territoires. Après l'État, elles sont également le premier acteur de prévention santé, avec plus de 7 000 actions déployées chaque année. Plus d'un Français sur deux est protégé par une mutuelle, soit 35 millions de personnes. L'ensemble de ces caractéristiques différencie les mutuelles des autres acteurs de la complémentaire santé, notamment des acteurs lucratifs.

Quant à l'union régionale qu'est la Mutualité Française Ile-de-France, elle représente et fédère 240 mutuelles sur le territoire francilien, qui protègent 5,5 millions de personnes.

La Mutualité Française Ile-de-France assure la représentation de ces mutuelles auprès des pouvoirs publics, des instances de santé régionales ainsi que de la Chambre régionale de l'économie sociale et solidaire. Elle siège également dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, dont elle est partenaire pour la lutte contre le renoncement au soin. Elle défend une conception de l'organisation sanitaire qui privilégie l'accès pour tous à des soins de qualité et à tarifs opposables. Elle contribue à la définition des politiques régionales de prévention et des priorités de santé publique en fonction des besoins de la population. Elle promeut le modèle mutualiste.

La Mutualité Française Ile-de-France agit également dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Elle définit et développe un programme de prévention adapté à la population francilienne en partenariat avec les institutions régionales et les acteurs locaux. Plus de 400 actions sont ainsi menées sur le territoire chaque année.

2017, année d'élections : l'occasion pour la Mutualité de se positionner comme acteur incontournable sur les questions de santé.

Dans une logique transpartisane et d'intérêt général, la Mutualité Française a souhaité inscrire la santé au cœur des débats de l'élection présidentielle de mai 2017. Un pari réussi grâce à Place de la santé, un site participatif lancé en décembre 2016 en partenariat avec trois *think tanks*, la Fondation Jean Jaurès, Terra Nova et Fondapol. L'objectif était d'explorer les enjeux de la santé et de la protection sociale, de décrypter les programmes des candidats et de les interpeller.

Le 21 février 2017, la grande majorité des candidats à l'élection présidentielle, dont l'actuel président de la République, a ainsi répondu positivement à l'invitation de la Mutualité Française afin de venir présenter leurs propositions en matière de santé et de protection sociale et de répondre aux questions des trois *think tanks*. La Mutualité Française s'est fait le porte-voix des 520 000 Français qui ont utilisé ce site, en interpellant les candidats sur des thèmes qui les préoccupent : le financement de la protection sociale, l'accès aux soins, les médicaments, la santé environnementale, le maintien de l'autonomie et tous les sujets ayant trait à la santé. Il ne s'agit pas pour la Mutualité, d'imposer des idées, mais bien de favoriser le débat entre les différentes parties prenantes du système de santé et de protection sociale. La Mutualité Française a ainsi été reconnue comme interlocuteur crédible et légitime sur les questions de santé.

Pour autant, ces questions ne doivent pas émerger uniquement au moment des élections. Il s'agit d'un sujet du quotidien pour les mutualistes, les usagers et les patients.

À moins d'un mois de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 puis des discussions à l'Assemblée et au Sénat, il a semblé important à la Mutualité Française Ile-de-France de remettre ces questions sur le devant de la scène en Ile-de-France en s'adressant aux nouveaux et anciens parlementaires ainsi qu'aux élus des collectivités locales.

Une étude sur les inégalités de santé en Ile-de-France pour poser le cadre et nourrir les débats

Afin de nourrir ce débat, la Mutualité Française a produit une étude sur les inégalités de santé.

Bien qu'étant la région la plus riche de France, l'Ile-de-France est également la plus inégalitaire. L'étude commandée vise à disposer d'un constat factuel et objectif sur ce thème afin de trouver des solutions pour remédier à ces inégalités territoriales et sociales. Elle a été réalisée par l'Observatoire des inégalités et sera présentée par son Directeur, Louis Maurin. La question de la lutte contre les inégalités de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics depuis plusieurs années.

La Stratégie nationale de santé adoptée en 2013 en avait fait une de ses priorités, mais aucune évolution significative de l'accès aux soins n'a été constatée dans certains territoires, comme l'a indiqué la ministre de la Santé Agnès BUZIN en juin 2017. Cette dernière a également affirmé qu'elle souhaitait présenter une nouvelle Stratégie nationale de santé qui tienne compte des axes antérieurs, mais qui placerait également la prévention et la promotion de la santé au cœur de son action. À la veille de la présente séance, au cours d'une conférence de presse, la ministre a annoncé que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ferait partie de ses grands axes de travail et que leur réduction serait l'un des principaux objectifs des prochains projets régionaux de santé, avec l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins.

En tant que premier acteur, après l'État, de prévention et de promotion de la santé, et en tant que premier offreur de soins à but non lucratif sur les territoires, la Mutualité Française et ses unions régionales auront à cœur de prendre toute la part qui est la leur dans les réflexions nationales et régionales. Comme l'a indiqué le Président de la FNMF, M. Thierry Beaudet, « *la Mutualité s'inscrit dans le camp de ceux qui proposent et qui construisent* ».

Présentation de l'étude sur les inégalités de santé en IDF

Louis MAURIN

Directeur de l'Observatoire des Inégalités

En préambule, M. MAURIN tient à souligner le décalage entre l'importance de la question des inégalités de santé dans les valeurs de la société et la faiblesse du débat public sur ce sujet. Le présent débat et les récentes déclarations de la ministre sont donc très importants. Plutôt que de se repaître de rhétorique, les échanges vont pouvoir se baser sur des données concrètes, grâce à la présente étude commandée à l'Observatoire. Nina Schmidt, Directrice d'études à l'Observatoire des inégalités et responsable de l'antenne parisienne, a réalisé cette étude, mais elle est absente ce jour pour cause de congé maternité. La collecte des données a quant à elle été réalisée par le bureau d'étude Le compas, spécialiste des données sociales locales. L'Observatoire des inégalités est un organisme indépendant basé à Tours qui travaille sur les inégalités en général.



Louis MAURIN

M. MAURIN se propose de préciser, en premier lieu, le contexte régional. *L'Ile-de-France présente les caractéristiques du territoire national, mais en version exagérée. Elle rassemble en effet l'extrême richesse et l'extrême pauvreté.* Cette région est plus jeune que la moyenne des régions et compte beaucoup plus de cadres et de diplômés que les autres. Elle semble privilégiée, car elle concentre des ressources, mais ce constat est à nuancer du fait du coût du logement beaucoup plus élevé qu'ailleurs. La population immigrée y est également beaucoup plus représentée. Une carte montre la séparation du territoire selon un axe oblique, entre revenus aisés et modestes. Le nord de Paris n'est pas embourgeoisé et compte des populations aussi pauvres qu'à Roubaix. Une partie de la banlieue du sud-est de Paris compte également des populations démunies. Le niveau de revenu moyen en Ile-de-France est de 20 000 euros par an, mais il atteint seulement 16 000 euros en Seine-Saint-Denis, contre 27 000 euros dans les Hauts-de-Seine et à Paris. Dans Paris, 25 % de la population appartient à la catégorie des cadres supérieurs, contre 6,5 % en Seine-Saint-Denis. La carte des assurés CMU-C se superpose à celle des revenus.

Concernant l'état de santé de la population régionale, l'espérance de vie moyenne est plus élevée dans les départements les plus favorisés. Elle s'élève en moyenne à 85,5 ans pour une femme en France métropolitaine, contre 86 ans à Paris, dans les Yvelines, en Essonne et dans les Hauts-de-Seine. En revanche, elle se situe en dessous de la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne. L'étude compare également l'indice de mortalité par suicide chez les hommes. L'Ile-de-France se situe largement en dessous de la moyenne nationale, mais l'écart entre les départements de la région est très significatif.

L'étude comporte également des données sur les pathologies présentes sur le territoire. Ainsi, les cirrhoses du foie sont plus présentes en Ile-de-France que sur le reste du territoire, mais l'étude n'apporte pas d'explications à ce phénomène. En revanche, la surreprésentation de l'insuffisance respiratoire chronique, surtout en Seine-Saint-Denis, semble pouvoir s'expliquer. Les populations les plus exposées se trouvent évidemment dans les territoires les plus défavorisés. À caractéristiques

sociodémographiques équivalentes, il convient de prendre en compte le critère de l'accès aux soins, de leur qualité, de leur proximité physique et de leur accessibilité financière.

La carte de la densité de médecins généralistes montre des disparités évidentes. La densité en Ile-de-France est inférieure à la moyenne en secteur 1, qui est partiellement compensée par le secteur 2. *La moyenne du secteur 2 pour la région représente le double de la moyenne nationale*, mais la moyenne de la Seine-Saint-Denis est inférieure au chiffre national. Ces données signifient qu'il existe un ajustement de l'offre de soins par les prix.

Quant aux chirurgiens-dentistes sur le territoire régional, il se concentrent fortement dans les zones aux ressources les plus élevées, notamment dans l'Ouest parisien. Une autre carte présente la consommation moyenne d'actes généralistes par habitant en 2014. La Seine-Saint-Denis ressort particulièrement, car elle présente une population avec des familles et de jeunes enfants. En outre, dans cette zone, les médecins généralistes se substituent parfois aux spécialistes. En revanche, la consommation d'actes dentaires est beaucoup plus élevée dans l'Ouest parisien, comme l'atteste la carte suivante. Il est à noter que la composition sociale de la population n'explique pas toutes les variables et que l'âge moyen de la population étudiée est un critère important également.

En conclusion, M. MAURIN revient à l'attachement des Français sur le sujet des inégalités. *Toutes les enquêtes attestent l'importance de l'égalité de tous devant le droit à la santé*, quel que soit le bord politique. Il existe donc une certaine hypocrisie entre les écarts constatés en la matière et ces valeurs largement partagées. Les écarts sont des écarts de santé, de consommation de soins et d'offre de soins. Le système permet aux inégalités de se conjuguer et de se reconstruire entre l'offre et la demande. Les facteurs sociodémographiques se mêlent pour expliquer ces écarts. Le niveau d'éducation joue sur la prévention et impacte donc le système de soins. À l'inverse, la crise économique, le chômage et les baisses de revenus influent sur l'accès aux soins et le type de médecine auquel les usagers ont recours. Il est en effet souvent plus coûteux de travailler dans l'urgence que de recourir à la prévention.

Malgré tout, il convient de se méfier des caricatures sur le modèle social français, qui reste un modèle enviable pour de nombreux pays étrangers. La dramatisation excessive sert en effet parfois à remettre en cause ce système de façon globale. Ainsi, tout en s'attachant à réduire ces écarts, il convient également de montrer comment le système social français est performant et de réaffirmer que le chantier de réduction des inégalités de santé n'est pas considérable.

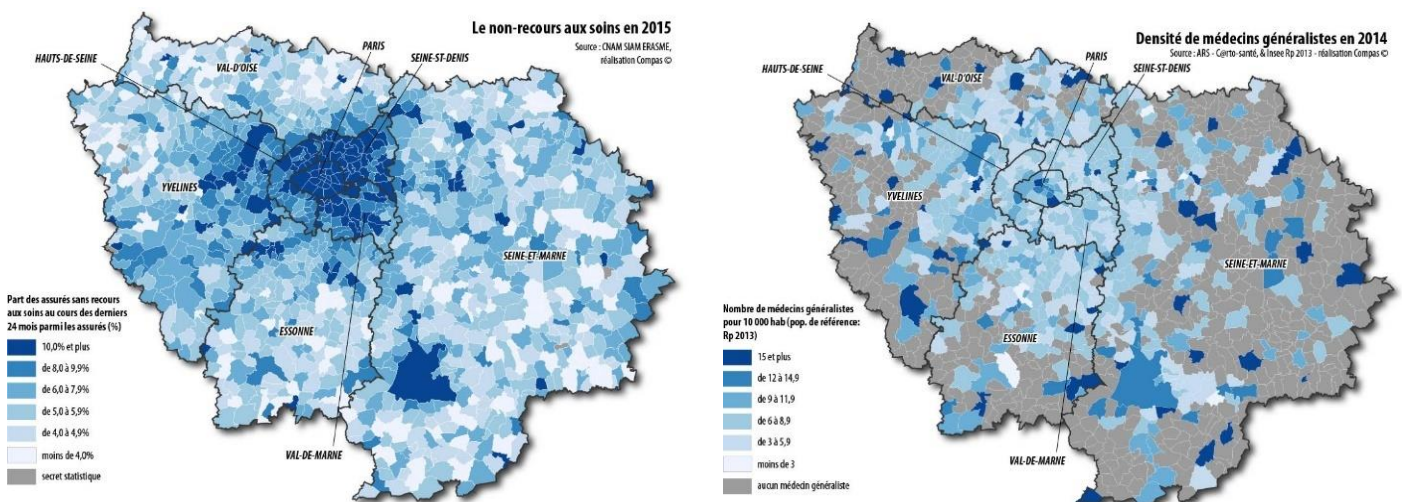


TABLE RONDE 1 :

« Les inégalités de santé, une réalité de terrain »

- ✓ **Patrick SERRIERE**, Président de la Fédération Hospitalière Privée d'Ile-de-France (FHP IDF)
- ✓ **Serge BLISKO**, Président de la Fédération Hospitalière de France – IDF (FHF-IDF)
- ✓ **Christian BONAL**, Président de l'Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales d'Ile-de-France (URIOPSS IDF)
- ✓ **Nicolas SOUVETON**, Président des Mutuelles de France – Réseau Santé (MFRS)



M. NICOLLE demande aux quatre intervenants de rejoindre la scène. Il rappelle que la salle rassemble des représentants de mutuelles et d'associations, des élus locaux et de collaborateurs parlementaires.

En premier lieu, il demande à M. SERRIERE, Président de la FHF IDF, si la gestion privée se préoccupe réellement des inégalités de santé.

M. SERRIERE souligne que M. MAURIN a invité l'assemblée à éviter de tomber dans la caricature. Dès lors, il remercie la Mutualité de donner la parole aux établissements privés, car contrairement aux idées reçues, *le secteur commercial revendique également sa participation au combat contre les inégalités*. Il se propose de citer quelques chiffres afin de démontrer que le secteur privé n'est pas réservé aux populations aisées. Il s'est métamorphosé depuis plus de 20 ans et revendique le fait d'assurer une mission de service public. Le secteur privé représente 25 % des capacités hospitalières et réalise 34 % de l'activité de soin, tout en percevant seulement 17 % du budget hospitalier. Par ailleurs, *il accueille 25 % des patients bénéficiaires de la CMU, CMU-C et AME*.

M. NICOLLE donne ensuite la parole à M. Bonal, Président de l'URIOPSS Ile-de-France. Il lui demande son ressenti à propos de la présentation de M. Maurin.

M. BONAL explique que l'URIOPSS est active dans le domaine sanitaire, médico-social et culturel et rassemble 494 associations qui représentent 5 000 établissements environ. L'URIOPSS existe depuis 70 ans et développe une vision transversale des problématiques. Ainsi, la réflexion sur la santé inclut nécessairement les aspects sociaux et médico-sociaux.

M. NICOLLE s'adresse ensuite à M. BLISKO, ancien député et maire d'arrondissement à Paris, désormais Président de la FHF Ile-de-France. Il lui demande des précisions sur ce secteur en Ile-de-France.

M. BLISKO répond que la FHF Ile-de-France regroupe 130 hôpitaux publics et établissements médico-sociaux (en majorité dédiés aux personnes âgées). Ces établissements sont situés en petite et grande couronne, mais peu à Paris, où prédomine l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, qui n'est pas adhérente de la FHF. Ainsi, la FHF représente les hôpitaux publics, hors APHP. La FHF remplit un rôle d'interlocuteur des pouvoirs publics – ARS, Mutualité – pour ses adhérents. Il estime que le travail sur les inégalités de santé en Ile-de-France est fondamental.

M. NICOLLE présente ensuite M. SOUVETON, Président des Mutuelles de France Réseau Santé. Il l'interroge sur sa vision des inégalités de santé en France et en Ile-de-France.

M. SOUVETON rappelle que le projet prioritaire de la Mutualité est l'accès au soin et la réduction des inégalités. Ainsi, l'étude qui vient d'être présentée montre qu'il y a encore beaucoup à faire en la matière. MFRS est surtout située en région Rhône-Alpes et dans les départements périphériques, mais elle est également un offreur de soins important dans le domaine de la médecine de premier recours, à travers des centres de santé (généralistes, spécialistes de secteur 1, offre dentaire). La lutte contre les dépassements d'honoraires et la construction d'une offre de premier recours à tarifs opposables sont des enjeux très importants et s'imposent comme les seuls moyens de lutter efficacement contre les inégalités de santé.

M. NICOLLE revient à M. SERRIERE, qui insiste sur les inégalités territoriales, en particulier en matière d'offre de soins.



Patrick SERRIERE

M. SERRIERE explique qu'il existe plus de 200 hôpitaux privés en Ile-de-France, principalement situés en première et en deuxième couronne, pour 20 000 lits. 60 % de ces lits concernent le court séjour, 30 % sont des soins de suite et réadaptation et 10 % concernent la santé mentale. Les hôpitaux privés représentent plus de la moitié des actes de chirurgie en Ile-de-France, dont 67 % sont réalisés en ambulatoire. Ils atteignent déjà l'objectif des autorités de santé fixé pour 2020 et sont donc très en avance dans ce domaine.

En Ile-de-France, 8,31 % des séjours hospitaliers dans le secteur privé concernent les bénéficiaires de la CMU, CMU-C ou AME. La Seine-Saint-Denis concentre la plupart de ces séjours. Concernant les services d'urgence, le secteur privé compte 28 services en Ile-de-France, pour 27 % de l'activité dans la région, hors Paris (aucun service d'urgence privé n'est autorisé dans Paris intra-muros).

M. NICOLLE indique que M. BONAL souhaite aborder les inégalités liées à l'âge.

M. BONAL explique que *les personnes âgées et la petite enfance sont des catégories de population qui posent question en termes d'organisation, de financement et de compétences pour les soins*. Concernant les personnes âgées, les inégalités sont avant tout spatiales en Ile-de-France. Ainsi, en périphérie de l'Ile-de-France, il n'y a plus de médecin généraliste. Or dans ces zones rurales, la population est surtout composée de personnes âgées. Il y a 20 ans, la région parisienne accueillait des personnes en âge de travailler et « réexportait » vers la province des personnes âgées, mais ce phénomène est révolu, car des déserts médicaux se sont développés dans les zones rurales de province. Dès lors, les Franciliens âgés restent dans la région et leur proportion augmente dans la population, en parallèle à la baisse du nombre de médecins généralistes. Il existe également des inégalités en matière de transports au sein de ces populations, qui influent sur l'accès aux soins.

M. BONAL remarque que les dynamiques associatives employées pour répondre à ces défis étaient basées sur deux piliers, le militantisme et le professionnalisme. Or elles s'épuisent, car les petites associations ne sont pas favorisées par le système en place, tandis que les grandes associations professionnalisées peuvent répondre aux cahiers des charges devenus très exigeants. Par ailleurs, il convient de réfléchir à la part importante de la population qui ne dispose pas de mutuelle. M. BONAL invite ensuite à réfléchir à la prévention physique et psychique en direction des personnes âgées. 25 % des hommes de plus de 70 ans sont statiques et passent leur temps devant la télévision. Ainsi, les associations de terrain sont parfois confrontées à des situations difficiles.



Christian BONAL

M. BONAL se penche ensuite sur la petite enfance, et plus particulièrement sur le cas des prématurés. L'URIOPSS ne comprend pas pourquoi les prématurés ne sont pas pris en charge de façon systémique, en prenant en compte les aspects sociaux et médico-sociaux. L'autre catégorie qui préoccupe l'URIOPSS est celle des jeunes migrants mineurs et isolés. Il s'agit d'un sujet majeur pour l'avenir, pour lesquels les réponses ne sont pas encore trouvées.

M. NICOLLE interroge ensuite M. BLISKO sur les inégalités territoriales dans le contexte du Grand Paris.

M. BLISKO revient sur l'étude présentée par M. MAURIN. Il note que l'hôpital tient une place très réduite au sein de ladite étude. *Or la présence au quotidien sur le territoire est assurée par l'hôpital, car il accueille tous ceux qui ne trouvent pas réponse en médecine de ville, par défaut d'offre de soins.* La surcharge des services d'urgence est constatée partout, car ils recueillent tout ce qui n'a pas fonctionné en amont. Ainsi, l'hôpital est critiqué de toute part, parfois à juste titre,

mais il n'existe pas d'autres solutions à ce jour. Les pouvoirs publics considèrent souvent le médecin généraliste comme le pilier du système de soin, mais ils semblent ne pas se rendre compte de la pénurie dans ce domaine. Les installations en médecine générale libérale secteur 1 à Paris sont devenues très rares ces dernières années, alors que de nombreux médecins prennent leur retraite en parallèle. Ce mouvement va s'accroître puisqu'entre un quart et un tiers des médecins généralistes franciliens vont prendre leur retraite dans les prochaines années.



Serge BLISKO

M. BLISKO projette une carte montrant l'implantation des hôpitaux de la FHF Ile-de-France et matérialisant les GHT (groupements hospitaliers de territoires). Les GHT travaillent sur la complémentarité entre les établissements d'un même groupement. À Paris, la FHF possède seulement trois hôpitaux appartenant au GHT psychiatrie. Dans la petite couronne, les hôpitaux se regroupent donc pour travailler en commun et répondre aux difficultés d'accès aux spécialistes. En matière de chirurgie ambulatoire, les hôpitaux publics sont en retard sur le secteur privé, puisqu'elle concerne 40 à 50 % des actes chirurgicaux, pour un objectif fixé à 67 % par l'ARS. Il s'agit de l'avenir de la chirurgie, qui concerne également la médecine et les traitements lourds. La notion de « lit » est d'ailleurs assez désuète et est peu à peu remplacée par celle de « place ». En grande couronne, il existe en général deux GHT par département. Il est à noter que l'hôpital de Provins est isolé, plus proche de la Bourgogne que du reste de l'Ile-de-France. Or il est le seul à pouvoir accueillir les patients dans une zone fortement

impactée par la désertification médicale. Dès lors, il est indispensable de maintenir un hôpital efficace et performant dans cette ville. *La question de la mobilité et du réseau de transport du Grand Paris ne peut être dissociée de celle des inégalités d'accès aux soins*. Ainsi, les populations âgées captives et peu mobiles risquent d'être laissées sans grande offre de soins, libérale ou hospitalière, et pourraient être les otages du développement du Grand Paris.

M. SOUVETON revient sur la question de l'hôpital public comme déversoir des problématiques de la médecine de premier recours. En premier lieu, il estime que *la crise de la médecine de premier recours ne fait que commencer au vu de la pyramide des âges des médecins libéraux*. L'organisation libérale de la médecine, telle qu'elle existe actuellement, n'est pas à même de faire face à cette crise, et il convient de développer de nouvelles réponses. Dans cet esprit, le temps du médecin généraliste isolé dans son cabinet et travaillant en permanence est révolu. Un nouveau modèle doit être inventé. Les associations et la Mutualité, qui gèrent déjà des centres de santé, ont probablement des éléments de réponse à apporter. Ce mouvement est intimement lié aux politiques publiques d'aménagement du territoire. Ainsi, il est illusoire de croire que des médecins s'installeront dans des déserts médicaux dépourvus de tous les services, sans politique d'aménagement du territoire et de transports. La politique d'aménagement sanitaire du territoire ne peut être isolée des autres politiques en la matière – transport, habitat, rénovation urbaine. La santé est un des éléments à prendre en compte dans la globalité de l'action publique. Il est à noter que certaines maisons de santé, solution présentée comme la réponse aux enjeux actuels, demeurent vides, car les professionnels de santé ne souhaitent pas s'y installer au vu du contexte environnant.



Nicolas SOUVETON

CONCLUSION DE LA TABLE RONDE

M. BLISKO revient *sur le projet du Grand Paris*, qui comprend un volet transports et un volet développement urbain. *La FHF alerte les pouvoirs publics sur la nécessité d'inclure un volet sur la santé*. En outre, la réflexion ne doit pas uniquement porter sur l'implantation géographique des différentes offres de soins, mais elle doit également s'intéresser aux réseaux de prise en charge (sortie de l'hôpital, offre d'appartements thérapeutiques, etc.). En France, outre la question du vieillissement, 12 millions de personnes sont en situation d'ALD, dont beaucoup vivent en Ile-de-France. Ces patients ont besoin d'ambulances, de transports, de plateaux techniques... qui représentent les enjeux de l'avenir, à la différence des enjeux de santé des années 1960 avec la construction des CHU.

Toutefois, selon M. BLISKO, le projet des transports du Grand Paris n'apportera pas toutes les réponses à la vie quotidienne du futur. La santé doit s'intégrer dans le schéma d'ensemble du Grand Paris. Il présente ensuite une carte intitulée « L'Ile-de-France, une région en mouvement », qui présente les Grands Territoires de Projets. Ces zones de développement doivent également tenir compte des zones qui ne sont pas incluses dans ces secteurs. Selon les projets qui se profilent, les territoires de Saint-Ouen et de Saint-Denis risquent de concentrer une offre hospitalière très importante, au détriment du XVIII^e arrondissement de Paris. Il convient donc de réfléchir au Plan régional de santé 2 (PRS2), qui doit être finalisé à la fin de l'année. La FHF entend attirer l'attention sur les besoins de la grande couronne, dont la moyenne d'âge est plus jeune. Il cite l'exemple de la Seine-Saint-Denis, où il est nécessaire d'attendre un an avant d'obtenir une consultation en pédopsychiatrie, ce qui n'est pas acceptable.

Pour conclure, M. BLISKO indique que les inégalités risquent de s'aggraver et que, contrairement à certains propos, l'hôpital public va conserver une place centrale du fait de l'absence d'une offre de soins équilibrée en Ile-de-France.

M. NICOLLE propose à M. SERRIERE de compléter ces préconisations.

Afin de réduire les inégalités de santé, M. SERRIERE préconise de développer un projet



de santé de territoire. Il indique que les acteurs eux-mêmes n'opposent pas les secteurs publics et privés, qui travaillent bien ensemble. En revanche, les pouvoirs publics s'attachent à nourrir cette opposition en donnant des statuts et des financements différents ou en excluant les hôpitaux privés des GHT. Il préconise également de retenir une approche populationnelle, puisque les besoins de la Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine, pour prendre deux exemples opposés, sont évidemment différents. Enfin, *il est nécessaire de*

privilégier une concertation locale afin de trouver le maillage territorial le plus efficient possible avec l'ensemble des acteurs, incluant le secteur médico-social et les hôpitaux privés et publics.

M. SERRIERE note que certaines filières fonctionnent très bien et qu'il est nécessaire de développer les complémentarités au sein d'un territoire. La pertinence et la qualité des soins doivent continuer de progresser, comme le souhaite la ministre, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs et dans le respect du libre choix du patient. Il rejoint M. BLISKO lorsque ce dernier invite à ne pas oublier l'offre de grande couronne. Enfin, le fait de privilégier un adressage local lui semble important pour les patients en difficulté. Il estime que les progrès passent nécessairement par des systèmes d'information de qualité. Or la France est très en retard par rapport à d'autres pays développés dans ce domaine. Des expérimentations sont en cours, mais il est regrettable de ne pas encore disposer d'une base de données fiable des acteurs et des plateaux techniques en France. L'ARS développe actuellement le site sante.fr, mais l'échéance du projet n'est pas encore connue.

M. SERRIERE souhaite faire part de deux retours d'expérience du secteur privé qui lui semblent emblématiques. À Trappes, dans les Yvelines, soit une zone peu favorisée, un accord a été passé entre l'hôpital privé et le centre de santé pour mettre en place un adressage systématique auprès des spécialistes de l'hôpital avec une prise en charge au tarif conventionnel. Dans ce territoire, les ruptures de soins, l'absence de suivi de grossesse et autres phénomènes de ce type étaient nombreux et aboutissaient souvent au service d'urgence de l'hôpital. Cet accord permet d'apporter une réponse pratique à des situations parfois dramatiques. Par ailleurs, à Saint-Denis, une expérimentation se déroule, en accord avec l'ARS, avec deux hôpitaux, l'un privé et l'autre public, qui ont développé une filière de suivi des insuffisants cardiaques. En effet, d'importants problèmes de ruptures de soins avaient été repérés dans ce domaine. Selon M. SERRIERE, en multipliant ce type d'expérimentations, il sera possible de gagner le combat contre les inégalités.

M. BONAL se propose de partager les réflexions en cours au sein de l'URIOPSS/UNIOPSS. En premier lieu, il insiste sur *l'importance d'une prise en charge globale des patients*. En général, la réflexion porte d'abord sur l'aspect sanitaire avant de s'intéresser aux dimensions médico-sociales puis sociales. Or il existe des moments de rupture. Le temps est donc venu de mettre en œuvre cette prise en charge globale. Il est important de ne pas négliger les prises en charge psychiques, voire culturelles, notamment dans le cas des personnes âgées, dont beaucoup sont touchées par la dépression. L'UNIOPSS s'efforce de porter ces réflexions au plus haut niveau.

En second lieu, son organisation préconise de ne pas manquer le tournant de l'ambulatoire. Or actuellement, divers types d'aides (aides à domicile, aides ménagères) connaissent de grandes difficultés de financement et de formation des professionnels. En parallèle, il est incontournable de porter la réflexion sur la domotique et la robotique. Le Japon est bien en avance à cet égard et prouve qu'il existe des gisements de productivité grâce à ces technologies. L'URIOPSS est également très attentive aux difficultés entre grande couronne, petite couronne et Paris centre. En effet, la population s'installe de plus en plus en grande couronne et les services sanitaires doivent la suivre, en favorisant également l'implantation des associations sur ces territoires. À cet égard, l'URIOPSS est évidemment tout à fait favorable à une approche territoriale. Enfin, l'URIOPSS s'attache également à suivre le phénomène des addictions. Il est à noter que la consommation de tabac ne diminue pas en France. Les politiques de prévention doivent être plus efficaces.

M. NICOLLE propose à M. SOUVETON de conclure la table ronde.

M. SOUVETON souligne *l'importance de la notion de territorialité, car les acteurs territoriaux, notamment dans les collectivités locales, sont de plus en plus en première ligne sur ces sujets*, alors qu'il ne s'agit pas de leurs missions premières. Toutefois, il convient de ne pas opposer ce mouvement aux politiques publiques nationales et transversales puissantes. Les associations, les mutuelles et l'hospitalisation privée ne peuvent pas réduire durablement les inégalités à partir de leur simple initiative. La politique publique doit être déployée au préalable et servir d'appui à ces structures pour développer l'innovation et l'initiative qui renforceront ensuite cette politique publique. À ce jour, il manque une véritable politique publique de réduction des inégalités assortie de financements. L'exemple des centres de santé est significatif à cet égard. Il s'agit d'une réponse intéressante aux problèmes d'inégalités d'accès à la médecine de premier recours, mais ce modèle ne peut être financièrement équilibré avec le système de tarification des actes en place. Depuis 30 ans, les mutualistes supportent des déficits importants dans les centres de santé et la Mutualité en appelle aux pouvoirs publics sur ce point, car cet aspect excède son rôle premier. Il est nécessaire de revenir sur la tarification à l'activité. Les projets de création de tarifs pour des consultations complexes posent la question de qui doit les payer. Cet aspect met en lumière la nécessité de renforcer l'intervention de la Sécurité sociale sur certains secteurs. L'autre question touche à l'avance des frais, qui pose problème pour certains patients. La généralisation effective du tiers payant permettrait de répondre à ce problème.

M. SOUVETON revient ensuite à la médecine d'équipe et à la coordination. Il est évidemment favorable à la création de lieux de concertation et préconise de faire le lien entre la médecine de premier recours et l'hospitalisation publique ou privée. Dans le cadre de certains GHT, des expérimentations sont menées sur la construction de centres de santé près des services d'urgence, pour soulager les urgences du traitement des maux mineurs. Cependant, des problèmes de financements et de transferts comptables existent. Les pouvoirs publics doivent pourtant donner aux acteurs les moyens de mettre en œuvre de tels projets expérimentaux.



TABLE RONDE 2 :

« Quelles politiques publiques pour réduire les inégalités de santé ? »

- ✓ **Dr Luc GINOT**, directeur de la santé et de la réduction des inégalités à l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS)
- ✓ **Muriel DUBREUIL**, Chargée de mission à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS IDF)
- ✓ **Dr Marc SCHOENE**, Animateur du groupe de travail permanent sur les inégalités de santé à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie d'Ile-de-France (CRSA)
- ✓ **Éric MARAZANOFF**, Secrétaire général de la Mutualité française Ile-de-France.



M. NICOLLE présente les trois intervenants invités par la Mutualité Ile-de-France et propose à Marc SCHOENE de présenter la CRSA et le rôle de son groupe de travail.

M. SCHOENE précise que la CRSA est la Conférence régionale de santé et de l'autonomie. Il estime que son audience demeure insuffisante. Cette organisation a été créée par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) et a un rôle consultatif. Elle peut donner des avis et organiser des débats publics. La CRSA travaille actuellement dans le cadre de la concertation sur le bilan du PRS1 et sur la construction du PRS2. Il s'agit donc d'une instance importante de la démocratie en santé, qui regroupe une centaine de membres, têtes de réseaux de l'ensemble des acteurs de santé régionaux. En parallèle, huit conseils territoriaux de santé œuvrent en Ile-de-France et assument des missions importantes en termes de concertation et de proposition. La CRSA se compose de collectivités territoriales, d'usagers des services de santé, de professionnels, de financeurs et d'associations.

M. SCHOENE se propose de décrire les atouts, mais également les limites de la CRSA eu égard au thème des inégalités de santé. Le fait de rassembler les grands acteurs du territoire permet de développer des réflexions en commun avec des acteurs qui ne se connaissent souvent pas mutuellement. Cependant, cet atout comporte en lui-même une limite : tous ces grands acteurs réunis disposent d'une « force de frappe » limitée pour impulser des changements et portent parfois des intérêts contradictoires. En outre, M. SCHOENE déplore le fort niveau d'absentéisme au sein de l'instance. Par ailleurs, la proximité avec l'ARS est importante, mais la CRSA ne dispose que d'une voix consultative que l'ARS peut décider d'ignorer. Selon, M. SCHOENE, l'audience de la CRSA est le point le plus délicat, car elle est confidentielle. La communication est sans doute insuffisante et des efforts pourraient être consentis à cet égard. Il est donc possible de faire avancer certains sujets, mais tout dépend des acteurs de terrain. Il leur appartient de faire remonter leurs remarques et idées à la CRSA afin d'en faire une instance démocratique encore plus vivante et proche du terrain.

M. SCHOENE précise qu'il siège à la CRSA en tant que Président d'honneur de l'Institut Renaudot. L'Institut travaille en particulier sur le thème de la santé communautaire. L'idée est de souligner l'importance pour les citoyens de contribuer à leur santé et d'impliquer tous les acteurs d'un territoire à la promotion de la santé.

M. NICOLLE propose ensuite à Mme DUBREUIL de se présenter.

Mme DUBREUIL précise qu'elle représente Mme GREMY, Directrice de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, qui ne peut pas participer à la présente rencontre. L'ORS Ile-de-France a été créé en 1974 et a pour particularité d'être un département autonome de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme. Il est piloté par un directoire représentant à parité l'Etat, à travers l'ARS, et la Région Ile-de-France. L'ORS travaille sur la base de programmes concertés avec ces deux tutelles, annuels ou pluriannuels. Il a pour mission d'aider à la décision en produisant des études (sur des pathologies, des sous-groupes de populations, des comportements de santé, etc.). Mme DUBREUIL travaille plus spécifiquement sur l'évaluation des impacts sur la santé (EIS) qui vise à identifier les déterminants de la santé individuels, socio-économiques ou environnementaux. Elle s'attache à *examiner comment les politiques publiques, hors de celles de la santé, peuvent influencer positivement ou négativement sur la santé et le bien-être des populations ainsi que sur la construction des inégalités sociales de santé.*

M. NICOLLE indique ensuite que M. GINOT est Directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités au sein de l'ARS. Il lui demande si la question des inégalités est considérée comme un sujet central au sein de l'ARS d'Ile-de-France.



Luc GINOT

M. GINOT souligne que *l'ARS d'Ile-de-France est la seule à disposer d'une direction chargée conjointement de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités.* Il s'agit de l'enjeu essentiel de la région. Le système de santé de la région est très développé et très riche, et l'enjeu central réside dans la réduction des écarts d'accès à cette offre. La question des inégalités est devenue une exigence très forte des partenaires de l'ARS. Cette ARS se distingue des autres en ce qu'elle intervient largement dans des politiques publiques hors du champ de la santé. Par

exemple, l'ARS intervient fortement sur le problème de l'habitat insalubre puisque près de 15 % de ses effectifs sont consacrés à la lutte contre l'habitat indigne. En outre, l'ARS mène un important travail de plaidoyer visant à convaincre l'ensemble des acteurs de développer des politiques de logement spécifiques pour les personnes âgées ou les femmes enceintes sans-abri. Enfin, l'ARS a signé des conventions avec la société du Grand Paris portant sur l'aménagement des quartiers des gares dans un sens favorable à la santé et à l'activité physique.

M. GINOT aborde ensuite une autre mission de sa direction qu'est la prévention individuelle et collective, déclinée en trois grands axes. Le premier vise à soutenir des méthodes favorables à la réduction des inégalités. Par exemple, concernant la consommation de tabac, la prévention a permis de réduire le tabagisme, mais a considérablement aggravé les écarts sociaux en la matière. Le second axe s'attache à prioriser l'intervention sur les territoires et les populations en difficultés. Cet axe conduit à opérer des choix, car l'ARS ne peut pas soutenir toutes les initiatives. Le troisième axe a trait à la participation des habitants. Comme la prévention, la participation peut être génératrice d'inégalités, lorsque les catégories sociales les plus intégrées dans le débat public influent fortement sur les orientations de santé. L'ARS s'efforce donc de faire participer les populations éloignées du débat public à l'élaboration des politiques. À cet égard, dans le cadre de l'élaboration du PRS, des associations

ont été mandatées pour recueillir le point de vue des habitants des quartiers populaires sur les priorités de santé. Des évolutions vont découler directement de ces remontées, par exemple, sur l'aspect de la participation des femmes aux activités physiques dans les quartiers populaires dans le cadre de la lutte contre les maladies chroniques.

M. GINOT souligne que l'Ile-de-France fait également face au problème de la grande précarité et de la grande exclusion. Seule la Région des Hauts-de-France partage cet enjeu en France métropolitaine. L'ARS Ile-de-France s'enorgueillit de porter une part majeure de son action sur ces questions. Ainsi, il existe un programme spécifique sur la santé des personnes migrantes. De même, les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) hospitalières reçoivent 60 000 usagers par an et les LHSS (lits halte soins santé) représentent à ce jour 380 lits, ce qui est trop faible, mais permet malgré tout aux plus démunis, y compris sans papiers, d'être soignés et hébergés à la sortie de l'hôpital. Ces dispositifs sont très insuffisants, mais il est important de signaler qu'ils existent, en vue de susciter un consensus social sur ces sujets. Il convient de réaffirmer qu'il est légitime de se préoccuper de la santé des migrants, des prostituées ou des sans-abris. Il s'agit d'un aspect emblématique de l'action de l'ARS en Ile-de-France, qui peut se prévaloir du soutien réaffirmé de la ministre en la matière.

M. GINOT souligne que cette action en direction des plus précaires ne règle toutefois pas le problème des inégalités. Il s'agit de deux sujets distincts. La lutte contre les inégalités doit donc porter sur l'ensemble du gradient social de santé.

M. NICOLLE propose à Mme DUBREUIL de revenir à l'évaluation des impacts évoquée plus tôt.

Mme DUBREUIL présente, en préambule, deux cartes de diagnostic. La première présente la cartographie par canton de l'espérance de vie des hommes à la naissance en Ile-de-France. Il existe sept ans d'écart d'espérance de vie aux deux extrémités de l'échelle (de 76,7 ans à 83,7 ans) et la moyenne se situe à 80 ans. Ces inégalités sont donc fortes. La seconde carte répertorie les points noirs environnementaux afin de montrer les zones de cumul d'expositions à diverses nuisances (pollution de l'air ou des sols, bruit, etc.). Ces points noirs se superposent aux zones concentrant des ménages à faibles revenus, où les enfants en bas âge et les personnes âgées sont plus nombreux alors même qu'ils sont plus vulnérables à ces pollutions. Il est donc important de prendre en compte les enjeux environnementaux sur le territoire.



Muriel DUBREUIL

M. NICOLLE lui demande quelles sont les priorités en termes d'action.

Mme DUBREUIL souligne que l'ORS s'efforce de se montrer innovant dans les approches, mais s'en tient à l'observation, même si celle-ci se rapproche parfois de la décision. Dans l'optique de réduire les inégalités de santé, deux points doivent être mis en avant. En premier lieu, il est nécessaire de travailler auprès des populations les plus vulnérables, mais l'enjeu est de travailler également sur l'ensemble du gradient social de santé en vue d'un nivellement vers le haut. Afin d'y parvenir, il est nécessaire de prendre en compte les obstacles rencontrés par certains sous-groupes de population. Le principe d'universalisme proportionné se distingue de celui d'accès universel au soin, qui promeut l'accès de tous aux soins selon un programme similaire, quelles que soient les conditions sociales des individus. L'accès universel est généralement admis, mais il existe des programmes spécifiques pour certains groupes de population et désormais, la notion d'universalisme proportionné. Ce dernier concept

consiste à promouvoir des approches différenciées pour chaque strate sociale. Ce principe peut s'appliquer aux programmes scolaires et périscolaires, mais également à la santé. Certaines recherches interventionnelles prouvent que ces méthodes de travail sont valides et il est important de les prendre en compte dans la réflexion sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Mme DUBREUIL aborde ensuite la santé dans les politiques publiques et l'évaluation d'impact de la santé. Elle réaffirme que *le système de soins participe seulement partiellement à l'état de santé des populations*. Ainsi, l'Université du Wisconsin a tenté d'évaluer le pourcentage représenté par les différents déterminants de la santé dans l'état de santé général. *Le déterminant du système de santé (soins cliniques) représente seulement 20 % de l'état de santé, tandis que les comportements individuels comptent pour 30 %, l'environnement socio-économique pour 40 % et l'environnement physique pour 10 %*. Il est à noter le fort niveau d'interrelation entre déterminants socio-économiques et environnementaux. *Il existe donc de nombreuses portes d'entrée différentes pour améliorer la santé et le bien-être*. En lien avec l'ARS, l'ORS a participé à l'élaboration d'un programme d'évaluation des impacts sur la santé en Ile-de-France, en particulier sur les projets de transport du Grand Paris. Cette démarche se base sur l'état de la science en la matière ainsi que sur une dimension participative visant à tenir compte de ce que vivent les populations sur les territoires et de formuler des recommandations. Cette démarche est innovante en France, mais a été développée depuis quinze ans dans de nombreux pays voisins.

M. NICOLLE juge cette approche intéressante, notamment pour les élus présents. Il invite M. SCHOENE à expliquer la méthode employée au sein de son groupe de travail.

M. SCHOENE précise que la création d'un groupe de travail sur les inégalités est une initiative originale



Marc SCHOENE

de la CRSA Ile-de-France. En premier lieu, il était nécessaire de définir des objectifs (mieux connaître, travailler ensemble, etc.). Il insiste sur l'importance du terme « social » dans l'expression « inégalités sociales de santé ». En outre, il affirme également que la santé ne se résume pas au système de santé, alors que cet aspect prend souvent toute la place dans la réflexion.

En second lieu, le groupe de travail a choisi de se pencher sur le sujet de la périnatalité, un sujet sensible qui touche de nombreux partenaires et qui permet de réfléchir à une action précoce, puisque les inégalités s'accroissent avec le temps. Plusieurs préconisations ont été envoyées à l'ARS sur la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine de la périnatalité. Reste à savoir comment ce travail sera pris en compte.

En troisième lieu, le groupe de travail a souhaité s'interroger sur le « faire ensemble », ou comment les divers acteurs d'un territoire peuvent œuvrer en commun. Il en découle une préconisation majeure sur la nécessité de coordination et d'animation territoriale, car chaque acteur détient uniquement une partie de la réponse au problème posé.

Enfin, un document a été rédigé sur le sujet des inégalités. La réduction des inégalités est une question très complexe qui interroge de nombreux acteurs quant à leurs rôles et leviers d'action. Ce document se veut une feuille de route et sera présenté dans le cadre de la concertation sur le PRS2. Il a été approuvé par la CRSA et décline cinq points majeurs :

- ✓ Énoncer dans tout programme/action l'objectif de réduction des inégalités ;
- ✓ Disposer de données (elles font souvent défaut) ;
- ✓ Associer tous les acteurs concernés. À titre d'illustration, l'ARS a travaillé sur le zonage, or ses conclusions se sont avérées étonnantes (avec un besoin évalué comme plus élevé à Versailles qu'à Saint-Denis), car les critères sociaux n'avaient pas été pris en compte. Cet exemple prouve l'importance de l'association des acteurs ;
- ✓ Impliquer les citoyens. Ce principe, posé il y a trente ans par la charte d'Ottawa, est toujours aussi important ;
- ✓ S'appuyer sur des compétences pour agir. En effet, tout acteur qui se pose la question de la réduction des inégalités s'interroge sur les moyens concrets d'y parvenir et a besoin de s'appuyer sur des compétences.

M. NICOLLE souligne que la nouvelle ministre de la Santé entend mettre l'accent sur la prévention. Il demande à M. Ginot quel public sera ciblé en priorité.



M. GINOT revient sur le dossier du zonage. Il explique que l'ARS s'engage réellement dans la lutte contre les inégalités et ne choisit pas délibérément d'ignorer cet aspect. Ainsi, le zonage est une initiative d'un service technique national sur laquelle l'ARS a utilisé la totalité de la marge de manœuvre dont elle disposait pour corriger les effets d'un modèle effectivement inadapté. Par ailleurs, il souligne que

l'ensemble du système d'information santé en France ne prend pas en compte la caractérisation sociale. Ainsi, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ne retient aucun marqueur social.

Concernant la question des priorités, elles ont été annoncées par la ministre, qui a proposé une concertation dans le même temps. Les grands axes exposés par la ministre semblent évidents, mais n'avaient pas encore été officiellement énoncés. La priorité est accordée à la santé des enfants et des jeunes. À cet égard, M. GINOT se propose de livrer des exemples afin de détailler les difficultés auxquelles se heurte l'ARS.

Le premier exemple porte sur le domaine de la santé périnatale. En Seine-Saint-Denis, la mortalité infantile est particulièrement élevée et deux études ont été menées (quantitative et qualitative) afin de comprendre le problème. Il en ressort un rôle important des pathologies intercurrentes (hypertension et diabète) qui sont très liées au contexte social. La qualité et la précocité du parcours de prise en charge sont également en cause, particulièrement pour les femmes de nationalité française. Les facteurs sous-optimaux ont également été examinés à travers 250 cas de décès néonatalogiques : 45 % de ces décès comportaient un facteur sous-optimal et la moitié de ces décès

étaient évitables. Il semblait aux chercheurs qu'en Seine-Saint-Denis, ces facteurs étaient nécessairement sociaux. Or la réalité est plus complexe : il s'agit d'une interaction entre les facteurs sociaux et l'organisation du système de soin. En tout état de cause, le travail sur les inégalités nécessite une compréhension très fine des phénomènes. Un programme a été élaboré à partir de cette étude et sera généralisé aux autres départements. Ce programme vise à permettre aux professionnels de mieux appréhender les difficultés sociales des femmes, à améliorer la qualité de la prise en charge et à faire participer les femmes pour mettre en place un suivi plus précoce.

Le deuxième exemple a trait aux femmes qui sortent de la maternité sans logement. En 2013 à Paris,



le réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Mamans) suivait 313 femmes enceintes ou avec un nouveau-né sans logement. Elles étaient 650 en 2016. En Seine-Saint-Denis, au premier semestre 2017, 617 femmes étaient prises en charge à travers le dispositif de mise à l'abri des femmes sortant de maternité et sans logement. Il s'agit donc d'un phénomène massif et tout laisse à penser qu'il ne va pas décroître. Il est donc indispensable de soutenir les acteurs qui interviennent dans ce domaine. Il est également nécessaire d'imaginer des systèmes expérimentaux. Ainsi, dans l'est du Val-d'Oise,

un dispositif associe le GHT Saint-Denis Gonesse, des hôpitaux et maternités, la DRIL et des associations afin de stabiliser l'entrée des nouveau-nés dans la vie lorsque leurs mères n'ont pas de logement. En outre, M. GINOT évoque le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, qui est en discussion entre le Préfet et la Région. L'ARS a obtenu d'inscrire à l'agenda de ce schéma la question du logement des femmes enceintes et sortant de maternité.

M. GINOT aborde ensuite le sujet de la santé de l'enfant et relève l'existence de situations inacceptables dans certains territoires, dans le domaine de la pédopsychiatrie, mais également dans les soins de premier recours. Sous réserve de la concertation, dans le cadre du projet régional de santé, l'ARS entend poursuivre sa stratégie de plaidoyer. Il cite l'exemple de l'insécurité alimentaire, qui touche particulièrement les enfants en Ile-de-France. Une des principales réponses à ce phénomène est de donner accès à la restauration collective à tous les enfants et l'ARS entend bien plaider cette cause auprès des élus. Concernant les prématurés, il existe un programme sur les nouveau-nés vulnérables financé par l'ARS pour l'accompagnement de ces enfants en psychomotricité.

Le dernier exemple porte sur la santé des jeunes. Dans l'académie de Versailles, qui comprend les villes de Mantes-la-Jolie, Les Mureaux, Trappes, Argenteuil et Villiers-le-Bel, un projet co-porté avec le Rectorat permet la mise en réseau des acteurs de santé et de l'éducation nationale. Ce projet comporte une double logique : prévenir les risques psychosociaux par la bientraitance en milieu scolaire et la bonne prise en charge des jeunes en souffrance (simplification des circuits) tout en renforçant les lieux tels que les maisons des adolescents. Ce dispositif s'appuie sur les contrats locaux de santé, signés avec les élus à l'échelle d'une commune ou d'une agglomération pour structurer des démarches partagées.

CONCLUSION

M. MARAZANOFF précise que ce débat constitue une étape et qu'il n'est pas question de le conclure ce jour. Il remercie les équipes de la Mutualité Ile-de-France qui ont organisé la rencontre, car elle est une réelle réussite. Il remercie également tous les intervenants qui ont proposé leurs analyses et partagé leurs questionnements sur les inégalités de santé. Il remercie les élus, nationaux et locaux, ainsi que leurs collaborateurs, pour qui l'accès aux soins de tous constitue une préoccupation constante. M. MARAZANOFF tient enfin à remercier les militants de la santé et de la prévention présents dans la salle. Ils contribuent, par leur engagement personnel dans le mouvement mutualiste ou associatif sur les territoires, à la réduction des inégalités de santé.



Eric MARAZANOFF

M. MARAZANOFF précise que la matinée de débat n'avait pas pour objectif d'épuiser le sujet, mais visait à sensibiliser les élus à la question des inégalités de santé dans la région Ile-de-France, dont les différents intervenants ont rappelé qu'elles sont bien réelles. La Mutualité Française a souhaité contribuer au dialogue entre les acteurs en organisant cette rencontre afin de faire émerger de nouvelles solutions. Des pistes ont été esquissées : développement d'une médecine de groupe, promotion de la complémentarité entre les acteurs, prise en charge globale des patients, inscription de la santé au cœur de toutes les politiques publiques, principe de l'universalisme proportionné, etc.

Les mutuelles doivent valoriser leurs expériences et réalisations. Les mutuelles de Livre 2 (complémentaires santé) accueillent les plus défavorisés. Ainsi, de nombreuses mutuelles comptent des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS parmi leurs adhérents. Elles connaissent donc les problèmes d'accès aux soins que ces individus rencontrent. Les difficultés financières sont parmi les premières causes de renoncement aux soins et la Mutualité Française s'est engagée en faveur de la généralisation du tiers payant. La Mutualité gère également des Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). Ainsi, elle permet l'accès à des ophtalmologistes en secteur 1 à Paris ou à des cabinets dentaires dans des banlieues défavorisées. Elle accueille également des bénéficiaires de l'aide sociale départementale dans ses EHPAD et met en place des expérimentations en télédiagnostic. Il s'agit de quelques exemples de l'engagement des mutuelles pour réduire les fractures sociales et territoriales dans l'accès aux soins. En outre, ces réalisations ne sont pas uniquement destinées aux mutualistes. Ainsi, elles jouent pleinement leur rôle de défenseur de l'intérêt général.

M. MARAZANOFF indique qu'à l'occasion de son prochain congrès qui aura lieu en juin 2018, la Mutualité avancera de nouvelles propositions au niveau national ; appartiendra à l'Union régionale d'Ile-de-France de les décliner sur son territoire et de les faire connaître afin de permettre l'accès de tous à des soins de qualité. La santé doit devenir une des composantes majeures de toutes les politiques publiques et des projets pour la région.



ÎLE-DE-FRANCE

Organisme régi par le livre I du Code de la Mutualité
Inscrit au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 518 102 975