

Conférence du 29 mars 2023

La santé à l'épreuve des territoires : Objectifs de santé et politiques locales

Pascale Echard Bezault ¹

Depuis plusieurs décennies, les territoires occupent une place croissante dans la conception et l'organisation des politiques de santé publique : loi de 2009 portant réforme de l'hôpital, création des Agences Régionales de Santé (ARS), territorialisation des politiques de soins etc.



De même, la santé détermine aujourd'hui nombre de politiques décidées au niveau territorial. Elles participent aux gains d'espérance de vie obtenus au cours du 20ème siècle lesquels sont principalement dus aux progrès de l'hygiène, de l'alimentation mais aussi à l'amélioration des conditions de travail et de vie (eau potable, assainissement, aménagement des centres villes avec espaces plus aérés et salubres, espaces dédiés au sport...). Alors qu'en 1900, un Français vivait en moyenne 45 ans et une Française 49, un siècle plus tard, ces chiffres ont presque doublé (74 ans pour les hommes et 82 pour les femmes), avec toutefois de grandes variations territoriales.

De nombreux facteurs étant déterminants pour la santé des populations, la recherche d'environnements de vie favorables est devenue prépondérante dans les politiques publiques locales : planification locale avec les plans locaux d'urbanisme (PLU), action sur la qualité de l'air, schémas régionaux santé environnement, projets alimentaires territoriaux, etc.

Selon des abords différents, Pascale Echard Bezault a mis en évidence les concepts et pratiques qui prévalent aujourd'hui chez les décideurs locaux dans l'objectif d'améliorer la santé et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

¹ Dr Pascale Echard-Bezault, ancienne chargée de mission « santé, social » à la Datar, Directrice Santé Ville d'Evry-Courcouronnes, Trésorière de la Société Française de Santé Publique

Nicolas Portier :

On accueille ce soir le Docteur Pascale Echard Bezault qui a accepté d'aborder avec nous la question de la santé. Pascale a commencé comme médecin généraliste dans un univers rural. Elle a suivi une formation au CNFPT². En 2013, elle est chargée de mission à la DATAR sur la question des maisons de santé ; puis elle a travaillé pour l'INPES devenu Santé Publique France. Aujourd'hui, elle travaille à Evry-Courcouronnes où elle occupe le poste de directrice santé et est adjointe au DGA santé, sport et alimentation.

Pascale Echard Bezault :

J'ai combiné dans ma vie professionnelle des visions nationales et des visions territoriales, ainsi qu'une expérience de "terrain". J'ai effectivement commencé en tant que médecin généraliste. Je suis ensuite partie travailler dans des collectivités territoriales : conseils départementaux et villes. Je me suis formée au CNFPT sur le cycle supérieur de management, puis j'ai travaillé pour les services de l'État. J'ai ainsi été recrutée à la DATAR. J'en garde un très bon souvenir. J'ai travaillé sur la loi Hôpital de 2009 qui a permis d'identifier les territoires au sein du ministère de la Santé. Cela m'a intéressé, mais c'était parfois un peu trop du travail en silo et pour moi c'était compliqué.

Aujourd'hui, je suis, depuis 2015, directrice de la "santé" sur [Evry-Courcouronnes](#), une ville où nous avons de nombreux équipements. On est touché comme ailleurs par la pénurie de médecins, alors qu'on est une ville plutôt attractive.

L'idée aujourd'hui est d'aborder la santé sous un angle pas uniquement de l'offre de soins. Quelqu'un a utilisé le terme de "*désert médical*". C'est une expression que je n'aime pas beaucoup, car elle sous-entend qu'il y aurait ailleurs des oasis, alors que l'essentiel du territoire connaît des difficultés. Dans les années 1980, on a fait un choix. À l'époque, il y avait trop de médecins, et on pensait qu'on réduirait les dépenses de santé en réduisant le nombre de médecins. Ce raisonnement a justifié qu'on mette en place le *numerus clausus*. On s'est retrouvé avec un concours mis en place en 1983-1984. Tous ces médecins qui ont maintenant 70-75 ans arrivent à la retraite. Aujourd'hui, le *numerus clausus* a été supprimé, mais il faut dix ans pour former un médecin, donc on rencontrera encore des difficultés pendant au moins une décennie. Les médecins aussi - les jeunes - ne sont pas comme les générations précédentes... Ils ne veulent pas de la vie de leurs prédécesseurs et ne veulent pas autant travailler. Et c'est bien normal. Certains médecins généralistes aussi préfèrent aujourd'hui se réorienter vers d'autres spécialisations un peu « moins compliquées ». Puis, il y a aussi une nouveauté. Les médecins aujourd'hui limitent les sujets abordés au cours d'une même consultation. Tout cela fait que l'on a des difficultés.

Ce qui se développe actuellement, c'est la capacité de concevoir des concepts qui peuvent être mis en œuvre sur les territoires. Si l'on prend l'exemple des maisons de santé, il ne s'agit pas simplement de les mettre en place. Il faut une coordination entre les professionnels de santé. Tout le monde doit travailler ensemble. [La loi HPST de 2009](#) a introduit les contrats locaux de santé. Il y a également eu une loi sur les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, qui regroupent les professionnels de santé locaux. Maintenant, avec le ministre François Braun, des dispositifs locaux ont été élaborés, comme le "service d'accès au soin" qui oriente les populations dans leurs parcours de soins. En cas d'urgence vitale, il y a le SAMU, mais sinon, il y a un numéro de téléphone unique à appeler. Les médecins s'engagent à prendre les patients qui appellent à tour de rôle. En effet, on estime que de nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques n'ont pas de médecin traitant aujourd'hui.

² Centre National de la Fonction Publique Territoriale

L'un des objectifs du gouvernement a été de ne pas augmenter le montant des consultations médicales au-delà de l'inflation, car l'idée est d'arriver à **une rémunération autre que la rémunération à l'acte**. Il existe déjà une forme de rémunération pour le suivi de patients atteints de maladies chroniques. L'idée est de valoriser le temps consacré à ces patients. Actuellement, il existe des structures qui offrent des consultations 24/24, mais ce ne sont pas des médecins qui connaissent leurs patients. À Nice, par exemple, on regrette le développement de ces centres.

Un enjeu important est celui de la **montée en compétences des paramédicaux**. Les kinésithérapeutes et les infirmiers, par exemple, peuvent maintenant effectuer certains soins sans passer par un médecin généraliste. Les kinésithérapeutes peuvent prescrire des ordonnances, tandis que les infirmiers peuvent administrer des vaccins. Ces professionnels de santé ont des compétences plus spécifiques que les médecins sur certaines tâches. Il existe également des infirmiers de pratique avancée qui peuvent jouer un rôle important. Les sagefemmes ont également vu leurs compétences élargies. Tout cela peut aider à alléger la charge de travail des médecins, même si certains sont réticents. Je crois vraiment en l'augmentation des compétences des paramédicaux.

Vous avez probablement tous entendu parler du [cas de Nevers](#) où on affrète des spécialistes en avion depuis Dijon. Si nous ne voulons pas fermer certains services, il faudra organiser des mobilités. Soit, nous déplaçons les patients, soit nous déplaçons les médecins. Nous savons que la médecine salariée peut également attirer des médecins car ils n'ont pas à gérer les locaux, l'administratif, etc. Certains départements, comme la Saône-et-Loire, créent ainsi leurs centres de santé.

J'ai également parlé de la **télémédecine**, pas seulement de la téléconsultation. Nous avons tous en tête la téléconsultation. La télémédecine englobe également toute la téléexpertise qui s'est beaucoup développée. À la DATAR, nous avons travaillé pour voir si nous ne pouvions pas envoyer certains scanners via Internet pour profiter de l'avis de spécialistes partout en France. Aujourd'hui, cela devient évident, mais cela ne l'a pas toujours été. Auparavant, il y avait des spécialistes dans des hôpitaux de proximité qui ne voyaient qu'une ou deux radios. Il est logique de pouvoir les envoyer loin instantanément. La téléexpertise a énormément bénéficié à la gestion des AVC. Nous savons qu'en prenant en charge un AVC dans les trois heures, nous augmentons de 80 % les chances de ne pas avoir de séquelles. Or, trois heures, c'est court. Nous avons eu un véritable enjeu en Corse, par exemple. Fallait-il maintenir deux services ? Il fallait que la personne soit récupérée, qu'elle ait eu un scanner et que les résultats aient été interprétés par un spécialiste. Trois heures, c'est très court et les spécialistes sont rares.

Il y a également le développement des **assistants médicaux**. Emmanuel Macron a promis 10 000 assistants médicaux, qui sont soit des paramédicaux, soit des administratifs. L'objectif est de décharger les médecins d'une partie de leur travail. Le médecin doit s'engager à augmenter sa patientèle de x % en échange. Nous sommes sur des pratiques qui ont vocation à se généraliser, avec des financements de l'assurance maladie. L'idée au niveau du ministère est d'avoir des orientations nationales avec des déclinaisons locales. Il faudra voir si cela fonctionne, mais la pénurie de médecins complique grandement les choses.

C'était une introduction pour aborder les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. J'ai présenté quelques chiffres sur les déterminants de la santé, où **le système de soins ne représente que 25% de l'amélioration de l'état de santé, tandis que l'environnement social et économique représente 50%, l'environnement physique 10%, et les caractéristiques génétiques et comportementales 15%**. La santé environnementale est de plus en plus importante, et cela inclut la pollution, la qualité de l'eau, etc. Haussmann a introduit des éléments de santé publique en France avec les grandes avenues de Paris et l'assainissement de l'eau. Les parcs et les squares ont également un rôle important dans la santé publique, comme le montre la présence d'un square par quartier à Paris.

Le système de soins est certes important, mais il ne suffit pas. En travaillant sur la santé territoriale, on s'attaque non seulement à l'accès aux soins, mais aussi à **la prévention** en promouvant une alimentation saine, le sport, etc. Les facteurs environnementaux, tels que l'aménagement urbain et l'accès à un logement décent, ont une incidence sur la santé des populations. Les circuits de mobilité douce ou active favorisent l'activité physique et réduisent la pollution. Le niveau d'éducation de la mère a également un impact sur la santé des enfants, comme en témoigne la construction de nouvelles écoles avec des espaces verts à Evry-Courcouronnes. En somme, il y a de nombreux leviers différents sur lesquels on peut agir pour améliorer la santé des populations.

Les circuits de mobilité douce ou active favorisent l'activité physique et permettent de diminuer la pollution. C'est un levier intéressant. L'enfance aussi. On sait que le niveau d'éducation de la mère joue sur la santé des enfants. Le niveau d'éducation de la mère est même corrélé à l'espérance de vie. Par exemple, les nouvelles écoles qui sont construites à Évry-Courcouronnes, mais aussi ailleurs, ont des cours végétalisées, des oasis de verdure. Cet aménagement de l'espace joue sur la santé des enfants. Bref, tout cela pour dire **qu'il y a énormément de leviers différents sur lesquels agir.**



Si nous examinons maintenant les cartes que je vous ai apportées, vous constaterez que les mêmes cartes sur les cancers et la mortalité se retrouvent également sur le développement économique. Être au chômage, par exemple, a des effets sur la santé. Un cadre a une espérance de vie huit fois supérieure à celle d'un ouvrier. Cette disparité ne diminue pas. Bien que nous lancions des campagnes télévisées de santé, nous creusons les inégalités car seuls ceux qui regardent et qui sont déjà sensibilisés y sont réceptifs. Ceux qui sont plus éloignés ne sont pas sensibles à ces campagnes. Cela ne signifie pas que nous ne devons pas les faire, mais cela signifie que nous avons un travail de proximité à accomplir pour atteindre ces populations, tant en termes de prévention que de cadre de vie. Lorsque vous agissez sur le cadre de vie, vous touchez toutes les populations.

Le principal enjeu annoncé du [Plan Local d'Urbanisme d'Evry-Courcouronnes](#) sera la santé, par exemple. L'objectif des pouvoirs publics est d'améliorer la santé de la population. C'est d'ailleurs pourquoi j'aime travailler au sein des collectivités, car nous avons cette approche pluridisciplinaire et plurifactorielle de la santé. Ce n'est pas toujours le cas au sein des ministères.

Brigitte Fargeville :

J'ai été garante de la concertation pour le réaménagement du Val-de-Grâce au nom de la CNDP. Nous avons travaillé sur un projet de [campus numérique](#) qui a rassemblé l'INSERM, le ministère de la santé, le ministère de la recherche ainsi que plusieurs universités. L'objectif était de réunir tous ces organismes sur un seul site pour travailler sur les soins de santé à distance. Vous pouvez visiter le site de la concertation : Paris Santé Campus. J'ai été impressionnée par ce que l'on peut réaliser à distance en matière de "santé numérique". De plus, cela permettra de rassembler des chercheurs et des startups.

Pascale Echard Bezault :

Oui, on a aussi des robots chirurgicaux qui peuvent opérer à distance. On n'a pas parlé non plus d'intelligence artificielle...

Brigitte Fargevieille :

Le public était interloqué par tous ces enjeux. Ce sont des modes d'intervention a priori très efficaces et qui augmenteront nos capacités de santé sans avoir obligatoirement de médecins très localisés avec aussi une politique de déplacement comme on l'a évoqué pour Nevers. En 2028, le Val-de-Grace sera en partie réaménagé ainsi.

Jean-Pierre Duport :

Je voulais faire un certain nombre de remarques sur un sujet qui me paraît essentiel. L'accès aux soins est la première des inégalités. Ce qui me retient d'habiter à la campagne, par exemple, c'est qu'en cas d'AVC à Paris je serai très bien pris en charge alors qu'au fin fond de la Corrèze ce ne serait pas évident.

Une autre remarque : nous vivons aujourd'hui en pompant les ressources de pays en voie de développement. C'est une vraie question qui n'a pas été évoquée encore. Lorsque j'ai exercé en qualité de préfet dans un département difficile, j'étais plus que réservé sur le fait de donner des papiers à des médecins venant de pays en voie de développement. Je pense que cela contribue à les appauvrir. Plus directement lié au sujet que vous avez évoqué... Il ne faut pas oublier que le premier appel d'offre de la DATAR sur la télé médecine, c'était en 1990 ou 1991. Je suis stupéfait que 25 ans après nous n'ayons pas substantiellement progressé. Enfin, bien sûr, beaucoup de choses ont été faites, mais quand même. Ma remarque suivante est pour dire que le problème des moyens pour déplacer des cas difficiles, via l'utilisation d'un hélicoptère par exemple, n'a pas suscité suffisamment d'investissements. L'autre problème, c'est que les petits établissements ne sont pas toujours complètement sûrs. Troisième remarque, enfin, lorsque j'étais en Seine-Saint-Denis, il y avait un manque cruel de pédopsychiatres. J'étais en Seine-Saint-Denis il y a 25 ans. Il n'y a pas eu de progrès. La situation s'est même aggravée. Ce sont des problèmes d'aménagement du territoire.

Voilà, c'étaient quelques remarques pour dire que le diagnostic que vous avez présenté... Je ne suis pas sûr que l'on n'aurait pas pu le faire de la même façon, il y a dix ou quinze ans malgré quelques progrès.

Nicolas Portier :

Merci beaucoup Jean-Pierre.

Moi ce qui m'a beaucoup frappé, c'est la notion de pénurie de médecins. Je me souviens qu'on a longtemps regardé le nombre de médecins pour 100 habitants en essayant de faire des projections. Seulement, la médecine a changé. Il y a eu tous ces changements sociologiques dont tu as parlé. Ce ne sont plus les mêmes consultations... Dans toute la prospective, cela a été complètement absent. Cela a été le même problème sur le logement, mais c'est une autre histoire. Après, sur la télé médecine, il fallait un médecin des deux côtés de la caméra. Les ordres ne voulaient pas débloquent cela. Cela a un peu changé avec le Covid, mais quand même. Idem pour transférer des responsabilités aux paramédicaux. Ça a longtemps été impossible. Après, attention à l'optimisation du temps médical. Vous voyez aujourd'hui des groupes privés qui embauchent des médecins et se spécialisent dans des actes « rentables ». Vous avez des systèmes super efficaces – c'est vrai aussi en dentaire – avec trois ou quatre groupes qui dominent à la fin... Vous avez une transformation très forte et qui va super vite.

Vous le voyez aujourd'hui sur les v tos qui se mettent tous sur l'animal de compagnie, beaucoup plus rentable que le véto rural qui va s'occuper des bovins.

Pascale Echard Bezault :

On a été sollicité par le ministère de l'agriculture qui sentait venir le sujet. Plus de v tos en milieu rural, cela pose la question de ce qu'on mange demain. C'est ça qui est derrière.

Nicolas Portier :

Il y a aussi la question des concurrences territoriales. Je connais bien le cas de la Saône-et-Loire. C'est intéressant, mais les territoires sont en concurrence et les médecins vont au plus offrant. On le voit avec les centres de santé.

Pascale Echard Bezault :

Evry-Courcouronnes, c'était deux villes jusqu'en 2018.   Courcouronnes, il y a eu la création d'une maison de santé avec des libéraux et on était en zone très déficitaire, donc les médecins touchaient deux fois 25 000 euros. Entre-temps, re-zonage des ARS et on perd ce financement... mais les



médecins en fait n'en font pas un enjeu prioritaire. Ils ne sont peut-être pas tous comme ça mais moi ça m'a frappé. On a cette limite-là. Maintenant les médecins ont de telles patient les que l'argent n'est plus tout à fait un sujet. Je grossis le trait mais ils savent que peu importe où ils s'installent, ils vont gagner de l'argent. En revanche, les maisons de santé permettent de décharger les médecins d'une partie de l'administratif. Je pense que ça les intéresse.

Nous n'avons pas parlé de l'intelligence artificielle en médecine. Pour certaines mammographies ou scanners... on est devenu très bon en intelligence artificielle à tel point que l'on estime que ces systèmes sont meilleurs que 90% des dermatologues ou des radiologues. Il faut dire aussi que nos radiologues français ont vraiment fait un bras de fer avec le gouvernement pour demander que les radios ne soient pas lues en dehors de la France. Aux  tats-Unis, cela se passe comme ça avec une sous-traitance à des radiologues indiens...

Je voudrais rebondir aussi sur les médecins étrangers. On sait, par exemple, qu'au Cameroun, il y a davantage de médecins qui exercent à l'étranger que dans le pays. C'est vrai aussi en Roumanie. Il y a là un vrai sujet.

Nicolas Portier :

Il y a même une antenne de la fac de médecine de Zagreb   Orléans !

Gwena l Doré :

Il y a même des départements qui financent des études de médecine en Roumanie...

Robert Simon :

J'ai une formation de géographe et j'ai travaillé au ministère de la Santé ou en DASS. Je voudrais vous remercier de votre intervention et revenir sur la question de la démographie médicale. La démographie était une science relativement exacte. Ce problème de démographie médicale, on le voyait venir depuis longtemps. Pour quelle raison n'a-t-on pas vu qu'on devait augmenter les formations de médecins ? Le rapport de force est certainement très en défaveur du ministère de la Santé, et ce sont des financiers qui ont fait la politique de la santé. Comment en est-on arrivé là ? Pour l'avenir, vous avez dit « On en a pour dix ans ». Moi, je ne suis pas si optimiste que ça. Je ne suis pas sûr que le nombre de médecins formés actuellement soit suffisant, mais je n'ai pas les chiffres. Ma deuxième question, c'est que vous n'avez pas parlé des structures hospitalières... La concentration des hôpitaux à Paris pour une population transilienne, est-ce que c'est quelque chose de raisonnable en matière d'aménagement du territoire ? Il y a une critique à faire des déséquilibres d'offre de soins hospitaliers sur l'ensemble des territoires français.

Pascale Echard Bezault :

On retrouve le même manque d'attractivité dans un certain nombre de centres hospitaliers quand ils ne sont pas universitaires, et les hôpitaux en région, même universitaires, ont des difficultés à recruter. La réponse est dans votre question. On voit bien les difficultés de recrutement et la fuite - c'est comme ça que l'on parle dans le milieu - vers d'autres hôpitaux, et notamment les hôpitaux parisiens. Dans les grandes métropoles comme Lyon, Montpellier, Marseille et Paris, il existe de vrais services de référence pour certaines maladies rares ou certaines pathologies. J'avoue ne pas avoir d'avis, mais il est important d'avoir ces services hyperspécialisés quelque part en France. Cela n'est possible que si l'on a un bassin de population important. On est toutefois sur un sujet d'aménagement du territoire au niveau national. Pour certaines pathologies ou maladies rares, chaque grande région a un service dédié, et il y a une réflexion en cours pour déterminer la répartition "un par département" ou "un par région ou grande région". Cependant, je ne suis pas une spécialiste de ces sujets.

Robert Simon :

Il existe des services très spécialisés ainsi que des services pour les soins courants. Il y a une pénurie de médecins libéraux mais aussi une insuffisance de lits hospitaliers. Cela était déjà le cas il y a quinze ans, notamment en Seine-Saint-Denis, mais cela n'a pas été amélioré.

Michel Amiel :

Après la DATAR, j'ai travaillé à la direction des hôpitaux à l'époque. J'ai pu mettre en évidence une inégalité supplémentaire qui est une inégalité qualitative. Dans les petits hôpitaux, les praticiens qui y travaillent n'ont pas toujours des qualifications équivalentes à celles de leurs collègues des plus grands établissements.

Nicolas Portier :

Lors de ton exposé, tu as évoqué les Communautés Professionnelles et Territoriales de Santé (CPTS) à un moment donné. Je pense que c'est une très bonne initiative. Pendant la période de COVID, on a constaté une très faible coopération. On a vu une sorte d'engorgement de certains services. La vaccination a été catastrophique au début, même si les choses se sont rapidement améliorées. Nous avons constaté les mêmes comportements non coopératifs. Est-ce que ces communautés changent vraiment les choses ?

Autre question. Chaque année, il y a un semestre européen où les pays évaluent leurs politiques respectives et chaque année, nous avons droit à des surprises ou des recommandations de nos partenaires qui s'étonnent de notre retard. Comment vois-tu les choses ? Est-ce que la France alloue suffisamment de ressources à ces sujets ?

Pascale Echard Bezault :

Les CPTS se sont développées sous forme associative fortement poussées par les ARS et les CPAM qui ont des financements très importants de l'Assurance Maladie. C'est 700 000 euros par an sur un territoire comme le nôtre. Les professionnels de santé ont aussi des rémunérations autres que l'on retrouve via ces CPTS. Sur notre territoire, on travaille bien avec elles. Le fait qu'on ait sur la ville un service de promotion de la santé très développé et l'un des premiers centres de vaccination contre la COVID, ouverts en France grâce aux professionnels mobilisés par la CPTS... La ville mettant à disposition des locaux et des agents d'accueil... ça a du mal à vivre sur le territoire parce qu'on est face à des libéraux qui doivent apprendre à travailler ensemble. Quand on parle aux coordonnateurs de ces CPTS, chacun reste dans son coin. L'accès aux médecins traitants est à la charge des CPTS, par exemple, et le résultat est très variable selon les territoires. Tous les territoires ne sont pas encore couverts par des CPTS par ailleurs. L'Essonne est le seul département à être entièrement couvert, je crois. Les CPTS sont une bonne idée, mais reste une question : comment on les articule avec les autres structures ?

J'ai en charge le pilotage du *contrat local de santé*. J'ai une fiche sur l'accès aux soins, mais je n'ai aucun pouvoir sur ce sujet puisque ce sont des libéraux. Donc comment on s'articule ? C'est parfois compliqué.

Quand les CPTS ont émergé, la première idée qui était prévue, c'est que cette coordination vienne à l'Etat ou aux collectivités locales, ce que les professionnels de santé n'ont pas voulu. Donc on est avec différentes coordinations territoriales. Après, c'est aussi une question de personnes. Cela peut très bien se passer. Ça a été le cas pendant le COVID, par exemple, mais ça dépend.

Sur l'aspect prévention... On est beaucoup dans le curatif. C'est 1 % du budget de la santé qui va au préventif pour 99 % au curatif. C'est de cet ordre-là. La prévention ne fait pas non plus partie de la culture des professionnels de santé. A été introduit récemment, en 2014 ou 2015, le service sanitaire qui oblige tous les étudiants dans les professions de santé à faire un service sanitaire en prévention et en santé publique. Par exemple, nous, on travaille beaucoup avec un institut de formation paramédical à des actions de prévention. C'est le choix qui a été fait pour sensibiliser les professionnels à la prévention. Les CPTS ont tous des objectifs de prévention. Maintenant, on n'est toujours pas bon en France là-dessus.

Isabelle Lesens :

J'ai trois questions. La première concerne l'espérance de vie. Est-ce que, en lien avec les retraites, il ne serait pas logique pour certains de travailler moins longtemps ? Deuxièmement, vous avez parlé d'Hausmann et du travail qu'il a réalisé, mais avec l'augmentation de la population...

Nicolas Portier :

En réalité elle n'a pas augmenté à Paris...

Isabelle Lesens :

Ah oui ? Bon. Mais a-t-elle suffisamment d'espaces verts ?

Nicolas Portier :

Cela dépend beaucoup des arrondissements. Si on compte le bois de Vincennes et Boulogne on est très bon... mais sans eux la ville est très minérale.

Isabelle Lesens :

Ma troisième question. Que pensez-vous des Maisons Sport Santé ?

Pascale Echard Bezault :

Je ne préfère pas m'exprimer sur la retraite. Ce qui est sûr, c'est qu'on aurait pu penser que les conditions de travail s'améliorant, les inégalités se réduiraient, mais ce n'est pas le cas. En ce qui concerne les Maisons Sport Santé, elles ont contribué au développement du sport sur ordonnance. Strasbourg a une politique déjà ancienne sur ce sujet. L'objectif est de démontrer que la pratique d'une activité physique encadrée par des éducateurs sportifs, appelée APA ([activité physique adaptée](#)), améliore la santé des populations. Ils ont fait l'expérience notamment sur l'hypertension artérielle. Différents décrets encadrent tout cela, car les kinésithérapeutes ont protesté en disant que c'était leur travail. C'est très encadré. Les [maisons sport santé](#) ont pour vocation de coordonner les différentes initiatives sur un même territoire. C'est uniquement un label, sans financements dédiés. Nous en avons une sur notre territoire et nous arrivons à récupérer quelques financements via des appels à projet, mais c'est très limité. Les collectivités locales peuvent être très investies sur ces sujets et cherchent des financements auprès des mutuelles.

Gwénaél Doré :

Je voudrais témoigner d'une enquête menée par des universitaires d'Albi à laquelle j'ai participé à la demande de François Taulelle, sur [la perception par les élus de l'évolution des services publics dans 5 départements de faible densité](#) (Ardèche, Cantal, Hautes-Pyrénées, Indre, Nièvre).

La préoccupation numéro un est la désertification médicale. Outre la crispation autour de la fermeture de maternités (Le Blanc, Indre), est déploré l'éloignement généré par la création de GHT (Groupements hospitaliers de territoire). Les élus s'investissent beaucoup, et d'abord financièrement, dans le soutien aux maisons de santé mais regrettent parfois un certain individualisme de médecins.

De nombreux territoires déploient des trésors d'imagination pour favoriser l'implantation de médecins (bourses, aides financières..., notamment le Département de l'Indre) mais ces actions rencontrent vite des limites (y compris le départ dans certains cas de médecins ayant bénéficié d'aides). J'entends dire qu'aujourd'hui la question des déserts médicaux se pose partout, mais on doit être conscient qu'elle atteint une certaine acuité dans certains territoires ruraux (obligeant parfois à des déplacements d'une centaine de kilomètres pour des spécialistes), et je ne vois pas comment on peut la résoudre sans un minimum de coercition, malgré le refus du ministre de la Santé appuyé par les représentants des médecins. De ce point de vue, la proposition de loi transpartisane, portée par le député Guillaume Garot, me semble une bonne voie : celle-ci consiste non pas à obliger des médecins à s'installer à tel ou tel endroit mais à interdire l'installation dans les zones sur-dotées.

Nicolas Portier :

Je n'ai jamais bien compris pourquoi, lorsqu'on évoque le problème avec les parlementaires, on ne parle jamais des permanences de soin. Cela se pratiquait beaucoup historiquement. Il y avait une espèce d'obligation de service public y compris pour des libéraux.

Pascale Echard Bezault :

Oui. Historiquement nous avons des obligations. Par exemple, quand j'ai commencé, j'ai été médecin pour les pompiers.

Nicolas Portier :

Oui. Et on pourrait envisager des médecins qui auraient l'obligation de faire des permanences ici ou là. C'est peut-être plus compliqué mais enfin cette question mériterait d'être posée. L'idée est de faire en sorte que les professionnels de santé se rapprochent des patients.

Pascale Echard Bezault :

Je voudrais répondre par rapport aux aides. Je suis mal placée parce que moi, j'ai arrêté la médecine générale au bout de dix ans. On ne peut pas dire à nos jeunes : « Vous commencez avec un métier mais dans dix ans, ça ne sera pas le même », et dire à un médecin : « Installez-vous ici pour la vie ». Moi, par exemple, j'ai exercé quatre métiers dans ma vie et j'en suis heureuse. On ne peut pas dire que les médecins ont reçu des aides et qu'ils s'en vont seulement par opportunisme. Certains souhaitent évoluer et c'est normal. Nous devons fluidifier ces parcours. Enfin, on peut vouloir changer sans que cela pose un problème.

Les gouvernements s'autocensurent notamment parce que les médecins sont très représentés à l'Assemblée nationale. Les médecins sont, à ma connaissance, les seuls professionnels qui, lorsqu'ils reçoivent une réquisition d'un procureur ou d'un gendarme, sont capables de dire : « Non, je n'y vais pas, je n'ai pas le temps ». Pour moi, cela semble aberrant, mais personne n'osera rien dire. À titre personnel, je n'ai pas de réponse à cela. Avant, la régulation se faisait car tous les médecins ne gagnaient pas de l'argent partout. Il y avait une forme d'autorégulation...

Nicolas Portier :

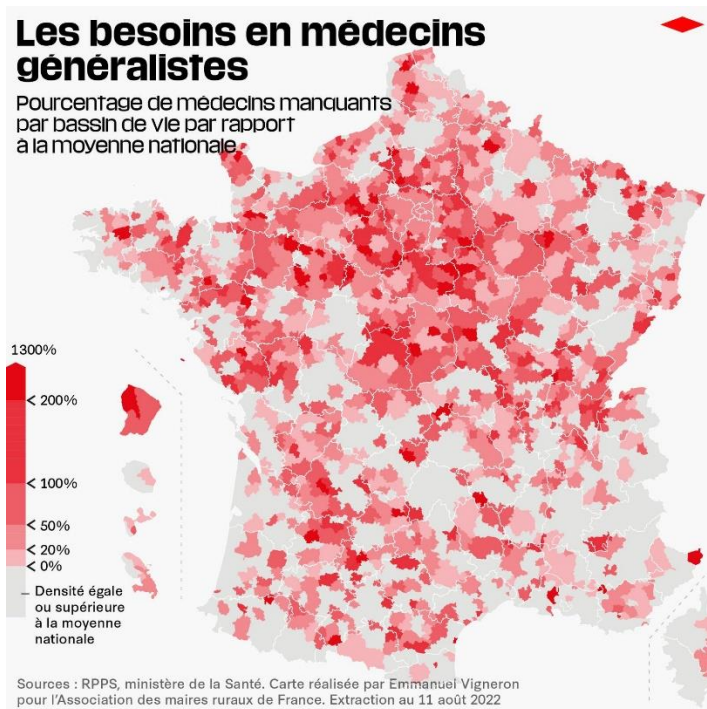
Merci beaucoup Pascale pour ton intervention !

Compte rendu rédigé par Achille Warnant

Annexes - Documents présentés en séance

1. Les déserts médicaux

Déserts médicaux : 87% du territoire français est en désert médical (Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé)



Diminution globale du nombre de médecins formés qui touchent tous les territoires

6,3 millions de français sans médecins généralistes

Des solutions sont envisagées au niveau local :

- Par exemple : **Service d'Accès aux Soins (SAS)**
Le service d'accès aux soins est un nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins. Pour le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance à un professionnel de santé. Ce dernier pourra lui fournir un conseil médical, lui proposer une téléconsultation, l'orienter selon la situation vers une consultation de soin non programmé en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire. En train de se mettre en place dans tous les départements
- Augmentation des compétences des paramédicaux, pharmaciens, infirmières de pratique avancée...
- Déplacement de médecins pour les hôpitaux de proximité
- Création de centres de santé avec des médecins salariés
- Télémédecine (télé expertise, télé consultation)

2. Les déterminants de la santé

Parmi les déterminants qui influencent l'état de santé, les experts estiment l'impact

- du système de soins à seulement 25%
- de l'environnement social et économique à 50%,
- des caractéristiques génétiques, expériences et comportements individuels à 15%,
- de l'environnement physique à 10%.

Ainsi, sur les 30 années d'espérance de vie gagnées au cours du siècle dernier

- 8 seraient attribuables à l'amélioration du système de santé (25 %)
- 22 à l'amélioration des conditions de vie, de l'environnement et des habitudes de vie



3. Charte d'Ottawa (OMS) 1986

« La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

PROMOTION DE LA SANTÉ La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »