



Le petit-déjeuner « Café Réseaux »

du mardi 20 mars 2007

**« Politique de la ville et santé :
Ateliers Santé Ville – Réseaux – Place des
collectivités »**

Intervention de :

- Mme Catherine Richard, Déléguée interministérielle de la Ville
- Dr Laurent Elghozi, Président de l'Association « Elus, Santé Publique et Territoires »
- Modérateur : Dr Dominique Descout, Président du CORESIF

La séance est ouverte à 7 heures 15.

Dr B. ELGHOZI. – Bonjour tout le monde. J'ai l'honneur d'ouvrir cette séance. Cette matinée sera animée par Dominique DESCOUT. Nous avons et j'ai personnellement le plaisir d'accueillir Catherine RICHARD, responsable des questions de santé à la Délégation interministérielle à la ville et Laurent ELGHOZI, médecin praticien hospitalier à l'hôpital de Nanterre, Maire adjoint de Nanterre, Président de l'association élus santé publique et territoire et responsable de la Commission santé à l'association des Maires de France.

La question est bien celle du croisement entre politique de la ville et santé. Quelle complémentarité ? Dans quels champs, nous acteurs des réseaux de santé, nous nous situons ?

Je vous laisse la parole Monsieur DESCOUT.

Dr D. DESCOUT. – Merci. C'est notre traditionnel « petit déjeuner des réseaux » avec un peu moins de monde que d'habitude lorsque l'on traite des dotations budgétaires. Merci d'être venus pour ceux qui viennent de très loin, notamment des Yvelines où il neigeait ce matin.

Le travail en réseau est d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble. C'est apprendre à se décroiser traditionnellement entre professionnels de santé, professionnels de santé libéraux, professionnels de santé hospitaliers. C'est également travailler avec les collectivités locales. Nous sommes sur le même territoire. Si nous plaçons le patient au centre du dispositif de soins, les territoires eux aussi veulent le faire. Le travail avec les collectivités locales n'est pas toujours facile. Parfois, il y a de la franche opposition, parfois et le plus souvent de l'ignorance totale mais il y a également des réussites, des réalisations de terrain porteuses d'espoir et de projets. C'est ce dont nous voulions vous parler ce matin.

La parole va être donnée à Catherine RICHARD pour pouvoir ensuite débattre avec toute la salle. Elle va nous faire part de son expérience de déléguée interministérielle de la ville.

Mme C. RICHARD. – Bonjour. Je suis chargée de mission à la Délégation interministérielle de la ville. Je vais vous présenter le cadre opérationnel mis en place depuis 2000 jusqu'à aujourd'hui.

La politique de la ville, ce n'est pas la politique des villes, mais une politique d'Etat. Comme vous voyez sur le diaporama, c'est une politique interministérielle. Le Comité interministériel des villes est mis en œuvre par la Délégation interministérielle de la ville. Qu'est ce que cela signifie ? Le CIV est une politique gouvernementale qui arrête les programmes et les moyens à mettre en œuvre. La Délégation interministérielle à la ville est une petite délégation, une petite administration de 80 personnes maintenant dont l'enjeu est d'œuvrer pour un équilibre au sein des villes au bénéfice

de l'ensemble des habitants et qui a pour objectif de réduire les inégalités territoriales au sein des agglomérations. C'est une politique contractuelle, c'est-à-dire un contrat qui se passe entre les villes et l'Etat. Pour l'année 2007 jusqu'à 2009, c'est le contrat urbain de cohésion sociale. C'est une politique territoriale qui s'adresse à des quartiers prioritaires.

Lorsque l'on dit territorial, ce sont quels territoires ? On parle beaucoup de territoires. Il y a des politiques au niveau des régions. Les territoires pour la politique de la ville sont des micro territoires qui appartiennent à une commune. Ce sont donc les quartiers prioritaires qui représentent environ 4,5 millions d'habitants, soit 8 % de la population française DOM compris. Ces territoires sont identifiés sur la base d'indicateurs économiques et sociaux. Il y a 751 ZUS (zones urbaines sensibles). Pour ce qui est des CUCS pour cette année, qui suivent les contrats de ville, il y a une géographie qui a été élargie au-delà des zones urbaines sensibles. Cette géographie élargie intègre d'autres quartiers qui ont des situations de pauvreté. Cela vise à toucher environ 8 millions d'habitants.

J'ai choisi de vous présenter en fait pourquoi cette politique-là, de vous donner le cadre et le contexte dans lequel on souhaite appuyer les efforts puisque la contractualisation est bien celle-ci. Dans le « i » de délégation interministérielle à la ville, le travail que je dois effectuer c'est de me rapprocher des autres administrations centrales, notamment la direction générale de la santé, la direction générale de l'action sociale et d'autres organismes tels que la CAF et bien d'autres afin d'intégrer dans leur politique l'effort qu'ils ont à mettre sur des territoires des quartiers de la politique de la ville.

La caractéristique de la population des ZUS, c'est un taux de chômage évidemment bien plus important, 22 % contre 10 pour la moyenne nationale. Ce sont des comparaisons avec les autres quartiers de l'agglomération, c'est-à-dire en zone urbaine sensible. Il y a un taux de chômage de 15 à 24 ans de 49 % contre 23 du reste du territoire. Le revenu fiscal annuel moyen par unité de consommation est de 10 540 € contre 17 plus globalement.

Nous avons également dans ce contexte des enfants de 5 ans avec problème de surpoids ou d'obésité 17 % contre 12 %, un taux de réussite au brevet de 68 % contre 80, là c'est France hors ZUS et des élèves en retard de 2 ans ou plus en sixième, 6 % contre 3 % en France aussi et cela c'est hors ZUS. Pour le taux de chômage, les chiffres datent de 2005, le revenu fiscal de 2002 et le surpoids que j'ai mentionné c'est suite à une enquête de l'INSEE 2002, 2003. Pour ce qui est des chiffres sur le brevet, ce sont les chiffres de 2005. 20 % des résidents sont étrangers ou français par acquisition, c'est 2,5 fois la moyenne nationale et 32 % ont moins de 20 ans contre 25 pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Il y a eu le CIV est présidé par le premier ministre. Ce sont des mesures qui sont bleuies. La Délégation interministérielle doit animer ces mesures-là. Depuis 2000, il y a eu bien sûr la loi de santé publique, il y a eu surtout aussi bien avant, la loi de rénovation urbaine programmation pour la ville. Ces textes ont permis de rebondir, en tout cas pour les questions de santé. Ils ont été importants pour intégrer la santé dans le cadre des contrats de villes. Ce thème n'est pas très porteur dans le cadre de la politique de la ville parce qu'elles n'ont pas de compétences propres en santé. Il y a bien sûr beaucoup plus de thèmes porteurs tels que l'emploi, l'éducation, l'urbain et la question des renouvellements urbains. Il était question donc d'intégrer et de donner une place à l'élus à la santé puisque plus des 3/4 des villes ont des adjoints à la santé et d'intégrer ce thème dans le cadre de la politique de la ville portée par les maires. Du point de vue de la santé publique, dans le parcours de 2000 à 2006, le fait que la loi de santé publique soit venue, il s'agit de tenir compte des inégalités de santé, mortalité prématurée évitable en France et de tenir compte des plans nationaux de santé publique, prévention et promotion de la santé. Pour ce qui est du point de vue de la politique de la ville et de santé publique, c'est l'accessibilité aux soins et à la prévention de la population résidante dans les quartiers prioritaires. C'est donc également la réduction des écarts entre territoires, améliorer l'état de santé des populations en situation de précarité, comme nous venons de le voir dans les chiffres, et de toucher par la proximité ces habitants à la construction de projets locaux de santé publics.

Dans le cadre de ce contrat qui se passe entre les préfets et les maires, les actions existantes actuellement sur un territoire souvent financé par l'Etat et les collectivités territoriales, en quoi ces questions existantes ont-elles un impact sur l'amélioration de la santé des habitants des quartiers ? En quoi réduisent-elles les inégalités sociales et territoriales de santé ? Quels obstacles sont récurrents pour l'accès à la prévention et aux soins ? Quelles ressources mobilisables par objectif de santé publique ? Ce n'est pas un dispositif mais une démarche, c'est un dispositif emprunté, le seul volet de la loi contre les exclusions de 1998. Quand ce volet-là qui est le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, l'idée a été de se dire que dans le cadre des contrats, ce serait une déclinaison de la démarche PRAPS et de mettre en place cette dynamique parce que l'on parle « d'accessibilité à ».

Dans le cadre de l'intervention du volet santé politique de la ville, cette démarche qui s'appelle « atelier santé ville » est donc réaffirmée dans le cadre du CIV du 9 mars 2006 demande à ce que l'on développe les ateliers santé villes sur l'ensemble des villes ayant au moins un quartier prioritaire. Elle réaffirme la volonté d'intégrer la santé et surtout, a été affirmée comme une des 5 priorités de la politique de la ville. Cela signifie 160 ateliers santé villes à créer dès 2006 jusqu'en 2008 pour couvrir l'ensemble des territoires où il y a au moins une ZUS. On en compte aujourd'hui

155. Depuis le 1er janvier 2007, dans le cadre de ce CIV, a été mise en place, a été annoncée l'Agence nationale de la cohésion sociale et d'égalité des chances qui a repris la gestion et le développement des ASV au niveau des départements et auprès des préfets délégués à l'égalité des chances. Le développement de ce cadre, s'il vient à travers une agence maintenant, nous avons un problème de niveau entre deux politiques puisque les ASV c'est le point de convergence des deux politiques santé et ville et la politique de la santé qui est au niveau régional. On se retrouve dans une sorte de dénivellement entre l'Agence de cohésion sociale qui s'adresse elle aux départements. Toutefois, cet équilibre est fait ou du moins rattrapé étant donné que le niveau régional a un niveau important de décision dans le cadre des GRSP mais également des programmes. Il a été dit que les crédits des ateliers santé ville passeraient par les groupements régionaux de santé publique à partir de 2008. Cela représente environ 11 M€

Dans la diapo précédente, le cadre d'intervention du volet santé de la politique de la ville engage les maires et les élus des villes à la mise en œuvre d'une politique de santé publique adaptée au contexte local en déclinant le plan régional de santé publique, c'est-à-dire les plans régionaux de santé publique, les PRAPS, qui s'adressent au public en situation de précarité et le SROS qui amène des projets de santé au niveau du territoire. L'échelle territoriale de programmation de l'ASV s'est trouvée depuis 2001 au niveau communal, intercommunal et aussi bien au niveau de l'agglomération. Les textes de référence que vous pouvez retrouver sont donc sur la politique de la ville. Je vous donnerai le site tout à l'heure. Il est important de pouvoir consulter les textes plus récents notamment la circulaire interministérielle de la direction générale de la santé du 4 septembre 2006 qui vise à développer les ASV et qui donnent aussi les différentes étapes pour élaborer ce cadre opérationnel entre la ville et l'Etat.

Les orientations stratégiques de la démarche ASV c'est d'abord la connaissance du diagnostic local partagé plus un recueil et analyse des données institutionnelles et locales, cartographie puisque de nombreuses villes ont élaboré une cartographie pour situer les ressources, les structures de santé, santé médico-sociale mais également des cabinets médicaux libéraux, un certain nombre de structures qui permettent de voir les zones où il n'y a pas d'implantation de médecins ou de professionnels paramédicaux. La stratégie de développement territorial des projets de santé publique existants, la question est de voir comment mettre en cohérence l'offre de recours aux soins, l'accessibilité et la prévention aux soins. C'est une visibilité de ce qu'il se passe sur le territoire et un recensement mais également comment ils agissent entre eux, sans oublier le fait, je le disais tout à l'heure, c'est comment on met en cohérence et en synergie les ressources par rapport aux objectifs de santé publique. La programmation du cadre opérationnel et méthodologique de l'ASV, c'est l'élaboration, le suivi et le développement des projets de santé publique.

Les axes de travail de l'atelier santé ville, c'est tout d'abord d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et déterminant l'état de santé liés aux conditions de vie, faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux, diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site, rendre effectif l'accès au services publics sanitaires et sociaux de droit commun, développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases du programme, diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation et d'autre part, la concertation et les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concerné par ces programmes.

Nous avons fait cette expérience de lancement dans les ASV en 2001 surtout dans la région Ile-de-France et PACA. L'intérêt que l'on y trouvait était souvent de rapprocher et de créer un dialogue entre les élus et l'Etat, l'Etat étant la DDASS qui est pilote de cette démarche. En Seine Saint Denis, on a fait cette expérience, ce sont les villes qui se sont le plus engagées dans cette démarche pour l'Ile-de-France en tout cas. Maintenant, c'est largement développé, on a 52 villes en atelier santé ville. A travers les créations de comité de pilotage qui donnent le cadre de ce que sont les contrats urbains de cohésion sociale, la contractualisation mais ces comités de pilotage avec l'ensemble des partenaires, au niveau local mais aussi au niveau départemental. Il était intéressant de voir les réunions programmées régulièrement par année entre les élus et leurs services, les chefs de projets politiques de la ville et les coordinateurs ASV. Une discussion plus dans le fond s'est engagée de ce qu'étaient les projets que plutôt les questions de subvention. On demande des crédits mais il est également question d'orienter, de voir quels sont les dispositifs qui seraient à mobiliser ou à soutenir du point de vue des villes, en dialogue avec l'Etat en disant nous on a telles et telles structures mais on voudrait mener telles et telles actions, seulement ce dispositif, je pense notamment par exemple à la prévention de la toxicomanie se trouve sur une autre commune comment partager et comment appuyer tel et tel programme afin d'intégrer cette ressource qui se trouve sur la commune d'à côté. C'est également le lien établissements santé et villes. Il y a les réseaux VIH, les réseaux thématiques mais par ailleurs, comment l'hôpital peut informer des problématiques de santé qu'il rencontre au sein même de l'hôpital. Je pense notamment au niveau des urgences où il y a une visibilité de ce qu'il se passe à l'intérieur, qui accueille le secteur de la population. Beaucoup d'informations peuvent être transmises par l'hôpital et intégrées à des groupes de travail afin d'élaborer le diagnostic. Je pense aux violences faites aux femmes, aux accidents de la vie courante, aux accidents domestiques et aux accidents des enfants. Un certain nombre de données peuvent être recueillies, c'est ce qu'il se passe d'ailleurs dans le cadre de certains ASV. L'application au niveau de l'hôpital non pas et on sait bien les difficultés qu'ils peuvent avoir en

termes ressources eux-mêmes en leur sein, l'intérêt est de voir dans le cadre des schémas régionaux de l'offre des soins comment les projets issus de l'hôpital peuvent s'articuler à ceux de la ville et comment la ville peut mobiliser un certain nombre de ressources pour soutenir les actions faites par les établissements hospitaliers. Le but est d'éviter toute rupture et de prise en charge des patients pour être au centre de la préoccupation de l'utilisateur. En termes de recours aux soins, il y a eu un état une enquête décennale qui a été faite par l'INSEE en 2002 2005 et les questions étaient : avez-vous été hospitalisé les 12 derniers mois ? Avez-vous consulté un généraliste, un spécialiste, etc. ? Quel que soit l'âge, 1/3 se déclare en mauvaise santé contre 1/4 dans le reste de l'agglomération et le recours aux soins étant mesurés par le nombre de visites, on voit que le spécialiste est souvent consulté mais que 57 % contre 64 %, je parle toujours des populations des quartiers en zone urbaine, les généralistes, au contraire, c'est 5 personnes sur 6 et le nombre de visites est bien plus important que le reste de l'agglomération, les hospitalisations c'est 16 % contre 14 % de différence suivant l'âge, le sexe et la situation économique des personnes. Pour vous donner un exemple, il y a 33 % dès plus de 83 ans en ZUS ont connu une hospitalisation contre 25 % hors ZUS. Un autre effet est important dans le fait d'habiter dans une ZUS, les locataires HLM ont plus souvent à un spécialiste ou à un généraliste que les propriétaires hors ZUS. Les femmes ont 2 fois plus de visites chez un spécialiste comparées aux femmes hors ZUS. Chez les généralistes, cela se confirme de 1,32 contre 1,22 au niveau du recours aux soins et des visites. On m'a demandé de donner des exemples mais j'ai peut-être un problème technique. J'ai donné l'exemple de Martigues parce que je connais bien cette ville et que j'ai trouvé qu'elle avait une méthode de travail très intéressante notamment dans le cadre d'élaboration du diagnostic et la mobilisation des médecins libéraux de leur ville pour un simple constat dès le départ, c'est sans doute aussi parce que les élus étaient très sensibles à la question de santé puisqu'un était chirurgien, mais l'implication de l'ensemble des élus aussi bien politiques de la ville du social et donc de la santé qui se sont aperçus qu'il y avait énormément de cancers dans leur commune et que pour pouvoir dépister et comprendre surtout les raisons pour lesquelles il y avait autant de cancers, c'est évidemment des ouvriers qui étaient en pétrochimie autour de l'étang de Berg* et en faisant des questionnaires plus approfondis lors de consultation et de traçabilité de leur profession, ils se sont évidemment aperçus que c'était l'exposition à leur poste de travail qui avait provoquée ce type de cancer. Ainsi, le fait de mobiliser les généralistes à ces consultations et à cette étude faite avec une mutuelle au niveau de la région PACA ont permis d'améliorer avec la médecine du travail les postes de travail des ouvriers et réduire l'exposition à ces risques. Au-delà de ce constat empirique qu'ils ont vérifié avec l'ensemble des partenaires locaux, ils ont aussi travaillé sur le ressourcement des ressources et un certain nombre de réseaux ont été mobilisés non seulement de par leur connaissance des populations qu'ils

accueillait ou de leurs actions associatives mais également des réseaux liés, comme vous le voyez, réseau pluridisciplinaire, réseau diabète qui intègrent des médecins libéraux. La liste était longue. Je ne vous en ai donné qu'un aperçu. Il y a également l'exemple de Champigny sur Marne où la mobilisation avec l'amicale des médecins du Pérou sur les questions de nutrition, lutte contre les obésités, l'ASV évidemment un cadre de construction de programme de santé publique, l'appui à travers le contrat sur l'élu, donc le maire, qui passe ce contrat et d'avoir une visibilité de ce qu'il passe sur leurs communes mais également d'avoir une animation et de connaissance de l'état de santé avec un objectif qui pourrait être plus politique qui est celui de prendre soin de la population. Quand on veut arriver à atteindre ce que la loi de santé dit c'est-à-dire les morts prématurés évitables, c'est la proximité qui se joue sur ces territoires et le chef d'orchestre qui est proposé et qui permet aussi de décliner la santé au plus près des habitants dans le cadre de la contractualisation. On a mis quelques indicateurs. Je fais référence à la loi du 1er août 2003. Il était difficile de parler de certaines thématiques quand on parle de rénovation urbaine. Vous devez connaître l'existence de l'Agence nationale de renouvellement urbain créée dans le cadre de cette loi bien avant l'Agence nationale de cohésion sociale et à l'égalité des chances. Cette loi est donc la loi d'orientation et de programmation relative pour la ville et la rénovation urbaine. Il y a un certain nombre d'indicateurs qui sont demandés à être renseignés à travers soit les études ou les remontées sollicités par les sous-préfets aux acteurs locaux notamment aux ASV. Là on voit bien le nombre de médecins médicaux et paramédicaux pour 5 000 habitants, le nombre de réseaux de santé publics intervenant en ZUS, le nombre de maisons de santé existantes ou à créer en ZUS et le ratio entre le nombre de titulaire de la CMU et de la population totale toujours au niveau de l'agglomération en comparaison. Pour plus d'information, je vous demande de consulter le site de la politique de la ville. Il doit être amélioré ces derniers temps. Le fait de la création de l'agence a enlevé un peu de force à la délégation interministérielle de la ville. Il y a du temps pour trouver un peu d'équilibre dans cette nouvelle configuration où l'Etat est mis dans une situation tout à fait différente par rapport aux agences. C'est un nouvel exercice dans le cadre de la réforme de l'Etat. Du coup, la délégation interministérielle à la ville, par la création de l'agence, qui s'adresse donc aux départements se positionne plus fortement par rapport aux régions. Je découvre cette échelle qui est assez intéressante notamment dans le cadre de la santé.

M. G. POUTOUT . - Sur cette diapo, nombre de réseaux publics et nombre de maisons de santé, c'est quoi la définition?

Mme C. RICHARD . - Le réseau de santé publique c'est des réseaux de santé pluridisciplinaires.

M. G. POUTOUT . - Vous les comptez comment ? Ils sont comptés comment?

Mme C. RICHARD . - Ils agissent dans le cadre des territoires. Ils sont comptés dans le cadre de l'ASV. C'est-à-dire le nombre d'acteurs qui se sont réunis afin d'agir.

M. G. POUTOUT . - Les gens qui comptent ont quelle définition pour ces entités ? Maison de santé, je ne sais pas ce que c'est.

Mme C. RICHARD . - La définition a été longtemps cherchée.

M. G. POUTOUT . - Un indicateur, on ne sait pas ce qu'est c'est...

Mme C. RICHARD . - La maison de santé, il y avait plusieurs définitions et dans le cadre de la politique de la ville, il y a un rapport qui a été remis en 2002. Ce rapport faisait état des mauvaises conditions des professionnels de santé libéraux dans les quartiers de la politique de la ville. Une mission a été confiée à Jacques LEBAS* dans ce cadre-là et un recensement non seulement sur les questions de sécurité aussi bien pour les médecins libéraux mais pour les laboratoires et d'autres professions mais également pour les patients qui venaient en salle d'attendre. Dans ce cadre-là, on a proposé un regroupement de professionnels de santé sous l'intitulé de maisons de santé. Les maisons de santé, il y en avait qui étaient préexistantes mais qui avaient une toute autre fonction. Il y avait celles pour réguler les urgences. Il y avait un panel de définitions et surtout d'organisations à l'intérieur de ces maisons de santé qui étaient tout à fait différentes. Cela fait de différence à l'idée de regroupement de professionnels de santé dans les territoires ou sur ces territoires ou à proximité de ces territoires. On n'est pas obligé d'être forcément dedans. Par contre, la problématique et cela en fait partie, la question est de recenser ces maisons de santé qui peuvent agir et qui ont justement un cadre aussi bien de médecins généralistes mais d'autres spécialistes, des paramédicaux associés, des kinés, c'est l'idée de pouvoir rendre un équipement agréable en termes d'exercice mais également de proximité pour les populations. Sur les questions de réseaux de santé publique. Quand on parle de santé publique, et surtout dans le cadre des ASV, quand on parle de ressources, si on doit toucher un objectif, c'est une question idiote, banale, c'est qui on va chercher pour atteindre l'objectif. Si des réseaux existent par exemple aussi bien sur le diabète qu'aussi des actions réalisées comme on a vu pour Champigny, comment on met l'ensemble de ces acteurs autour de la table sachant qu'il y a déjà un réseau diabète qui est mis en place, etc. Les réseaux de santé publique c'est

l'ensemble d'acteurs qui peuvent déjà être constitués en réseaux mais qui s'adjoint d'autres professionnels pour pouvoir aller dans ce sens-là. Ensuite, il y avait deux choses. Je peux vous en parler. Au début, je recherchais c'était les réseaux médicaux sociaux, les réseaux pluridisciplinaires. A ce moment-là, le FAS finançait et finance les réseaux et c'était des réseaux thématiques par pathologie et privilégiait les réseaux où seuls il y avait des professions médicales laissant en effet de côté un certain nombre de réseaux qui souhaitaient avoir ou s'adjoindre d'autres professionnels. Je privilégiais justement la question des réseaux médicaux sociaux pluridisciplinaires qui se trouvent dans la ville et faisant sans doute ce lien entre l'hôpital et la ville où sur un territoire donné, les CCAS, les assistantes sociales, il peut aussi y avoir bien d'autres acteurs nécessaires qui peuvent rejoindre les réseaux. Il y avait une partie qui était non financée en termes de réseau et qui pourtant en avaient bien besoin. Il y avait les circulaires des réseaux qui a bien défini ce qu'était un réseau et ce qui n'en était pas. Par ailleurs, un certain nombre d'acteurs étaient laissé-pour-compte en termes de soutien et de financement et la politique de la ville visait à soutenir ce type de réseaux.

Dr D. DESCOUT. - Merci de finir sur cette définition plus médico-sociale des réseaux. Dans la réflexion qui nous conduit tous, on est encore dans la problématique de la modélisation des réseaux, réseaux par mono thématiques, poly thématiques et réseaux médico-sociaux. Ce qui est intéressant dans vos exposés, c'est qu'au fond, politique de l'Etat, politique de l'élu mais quel système d'organisation du territoire la plus proche du terrain va pouvoir s'appuyer ces décisions et ces modes de financement. L'organisation des professionnels de santé en réseaux de santé n'est sans doute pas la seule. S'il n'y a pas une structuration du territoire par les réseaux de santé, sur quoi on va s'appuyer ? Toutes les problématiques rencontrées, c'est au fond se dire ces décisions de prévention, de santé, d'accès aux soins, si ce n'est pas relayé par le terrain, par des professionnels de santé qui connaissent le terrain cela va rester une coquille vide. Il y a également le problème du découpage de la territorialité. C'est vrai qu'il y a ces zones difficiles et sensibles mais en fait les médecins ont l'habitude de travailler dans des territoires qui ne sont pas figés. Il y a tout le problème des zones et de l'intercommunalité. Dans la structure que je dirige, on a 26 communes qui y adhèrent dont certaines communes qui sont des zones très sensibles et c'est toujours difficile de les faire travailler ensemble parce qu'au fond, et on avait eu cette discussion lors de la mise en place de la maison de garde, moi je veux bien être un peu bas de gamme, je veux bien être payé pour mon habitant mais pas pour celui du voisin. Il est difficile de faire passer cette notion de territoire de santé, de territoire d'activités à des découpages qui sont encore extrêmement difficiles.

Mme C. RICHARD. – Tout est inégal. Il y a des villes, des communes. Quand je vous parlais tout à l'heure de la programmation de l'ASV, c'est une instance de concertation mais il y a plusieurs points à l'intérieur. Il y a ce dialogue entre élus et Etat dont je vous ai parlé, il y a l'idée de faire entrer la santé au niveau des villes et de la politique de la ville qui est dans un contexte urbain où il y a 80 % de la population vivant maintenant dans l'urbain, où il y a des poches de pauvreté qui continuent à être, qui sont très désertées en termes de ressources, même les villes qui se prônent les plus avancées en adhérant soit à l'OMS santé ville soit à d'autres types d'affichage. Il y a la question politique. Dans l'intercommunalité, il y a parfois plusieurs politiques différentes en tout cas de couleurs politiques différentes. La question de la santé peut arriver parfois à réunir l'ensemble parce qu'émue aussi où portée à être un peu boostée par des acteurs sur des problématiques de santé étant donné que ces problématiques c'est tout de même l'effet de la précarité sur la santé mais également quand vous tombez malade, il y a des conséquences économiques très fortes sur le fait d'être malade. La question de l'organisation est en amont et en aval et la question aussi surtout dans cette instance d'ASV qui prétend, nous sommes allés mardi à Orléans, c'est excessivement ambitieux. Cette ambition-là on a un échec très fort sur les questions de santé, d'inaccessibilité et des dysfonctionnements de services, c'est en cela que les acteurs à même de soigner ou d'être prêts de sa population doivent se trouver dans des instances pour travailler sur des dysfonctionnements. L'observance des traitements, le meilleur usage des services de santé sont des axes de travail importants et au plus près. On ne peut plus être seuls médecins à travailler. Il faut d'autres acteurs et vice-versa. Ces acteurs du social ne comprennent pas l'impact non plus de la santé. L'insertion qui dise des gens qui ne vont pas bien, comment on va faire pour les insérer, ils sont déjà très déprimés ou déstabilisés, avec des addictions qui sont leurs propres à équilibre, l'addiction étant une manière de tenir le choc. C'est dans cette idée-là. Il y a plusieurs objectifs également mais c'est surtout de voir la connaissance du territoire quand on parle de cela, ce sont des micros territoires mais ils appartiennent à une commune. Cette commune-là appartient à un territoire qui fait partie du bassin de santé de l'hôpital, etc. Ce sont des empilements de territoire. Mais la question des acteurs, ils agissent tous. Ils sont tous sur ces mêmes territoires-là et quand on parle d'objectif de santé publique, on peut élargir évidemment la mobilisation et le champ.

Dr JP HAMON. – Tu viens de parler de la maison de garde et du pouvoir communal. C'est important. Il faut être trivial. Les maires, ils vous répondent mais nous, nous n'avons aucun financement pour financer la santé, ce n'est pas notre rôle. On est complètement dépendant des mairies ou des intercommunalités. Ils nous répondent fort justement qu'ils n'ont pas d'argent pour cela. L'Etat se décharge. Quand je vois le montage des ASV, je suis inquiet, c'est bien, ça fait du

monde, des réunions mais nous quand on est dans la concret que Dominique se rend compte que les maires ne veulent pas financer les maisons médicales de garde mais à condition que ce soit sur notre commune, à condition que ce soit notre commune, on finance comme cela, on voit bien pour les réseaux..... de regrouper des communes, c'est la même réponse tout le temps. Tout cela, c'est bien énervant. Cela fait des beaux réseaux, des bons montages mais sur le plan du financement, c'est 0..

M. L. ELGHOZI. - C'est bien d'être interpellé. Il y a quelque chose d'intéressant dans ce que vous dites. Alors que les villes n'ont aucune compétence dans le champ de la santé, les professionnels de santé s'adressent aux villes pour financer. Il y a un paradoxe apparent qui en même temps est intéressant parce que cela montre que les choses sont en train de bouger. Pour le moment, on est dans une impossibilité de réponse. Les villes n'ont pas de compétences, n'ont pas de financement. Lorsque des villes font de la santé, elles peuvent être attaquées par les contribuables au motif qu'elles utilisent l'argent des impôts pour faire quelque chose qui n'est pas une compétence obligatoire alors qu'elles ne font pas les trous dans les trottoirs ou les écoles. Il y a un cadre législatif et réglementaire qui est ce qu'il est. En même temps, on s'aperçoit que si on veut que cela fonctionne, que la santé publique se mette en place, il faut bien que les collectivités locales s'impliquent. C'est bien dans ce moment-là où nous sommes aujourd'hui qu'il y a des choses à monter. Je vais essayer de vous raconter 2 ou 3 choses sur à la fois ce que fait, ce que pense et comment je vois que cela pourrait fonctionner. Tout d'abord, sans... Il m'arrive de faire encore de faire des gardes. Je suis également maire adjoint chargé de la prévention et des personnes handicapées depuis 1989, fin de troisième mandat. J'ai été pendant 4 ou 5 ans membre du conseil d'administration de la coordination nationale des réseaux. On a toujours au moins deux réseaux plus ou moins non formalisés, il y a aussi la question de financement sur la santé des jeunes, sur la santé mentale. Et puis, beaucoup d'instances qui montrent la fois la complexité du système et l'absence de véritable pilotage au comité de pilotage du SROS, au conseil d'administration de l'IRSP et à son comité des programmes. Et puis parce qu'il nous paraît à un certain nombre d'élus précisément important que les villes s'impliquent dans les questions de santé individuelles et publiques, on a créé en octobre 2005, c'est tout neuf, une association nationale des villes pour le développement de la santé publique qui s'appellent élus santé publique et territoires, association que j'ai le plaisir de présider et qui réunit aujourd'hui une trentaine de villes, plus de 2 millions d'habitants et des villes de toutes tailles, cela va de Sceaux, Fontenay aux Roses, Nanterre, Champigny, Bobigny, Nantes, Grenoble, Amiens, Reims, etc. C'est une association qui, partant de cette interrogation, je rebondis sur ce que vous avez dit, comment on fait avec les villes, s'est dit il faut qu'on arrive à sensibiliser

les élus, les former, les informer, leur donner des outils, le tout en partant de la réflexion ASV puisque c'est à la suite de la réunion de bilan et perspective des ASV de janvier 2005, puis des assises de la ville d'avril 2005 que cette association a été créée.

Enfin, toujours dans la même foulée, l'association des maires d'Ile-de-France a créé la deuxième réunion, c'est tout neuf là-aussi, la première réunion a lieu la semaine prochaine, une Commission santé de l'association des maires d'Ile-de-France. Ce qui est intéressant c'est que jusqu'il y a 2 mois l'association des maires d'Ile-de-France comme toutes les associations régionales de maire n'avait pas de commission de santé. Cela n'existait pas. Il y a des commissions finances locales évidemment, transports, écoles, sports, cultures tout ce que vous voulez mais il n'y avait pas de commission de santé sociale dans les associations de maires. Il en existe une maintenant en Ile-de-France et lors de notre prochaine réunion, on recevra Michel PELETIER* pour nous parler aux élus, l'Etat local parlant aux élus de la politique locale de santé publique. Ce sont des premières. La question des financements, certes importante, viendra nécessairement après. Tout cela fait apparemment beaucoup de chose mais il y a une réelle cohérence dans tout cela. L'idée étant de mobiliser les élus locaux pour qu'avec l'ensemble des partenaires on arrive à mettre en place une politique locale de santé publique, d'une part contractualisée avec l'Etat et ses cadres ASV et d'autre part, contractualisée avec l'ensemble des acteurs locaux et c'est peut-être que nous avons encore à faire ensemble. En sachant que chaque territoire est différent, des besoins différents, des populations différentes, des ressources différentes, il y a des quartiers de 10000 habitants où il n'y a plus de médecin. Comment fait-on pour la santé quand il n'y a plus de médecin ? Est-ce à la ville ou à l'Etat de faire ? Qui fait quoi ? Donc des ressources différentes. Des dynamiques locales font qu'on peut s'appuyer sur des associations, qu'il y a des réseaux qui se montent, qu'il y a une vraie vie locale qui fait que je peux fonctionner. L'idée de chaque quartier est différente, la géographie est différente, la question des circulations des transports est importante également, la question de l'habitat est évidemment essentielle. Sur chacun de ces territoires, la question qui me paraît centrale c'est qui pilote ? Partant de l'objectif, comment faire ensemble pour améliorer la santé des habitants, la santé publique et avec comme sous objectif l'égalité d'accès aux soins pour tous, la même, quand on voit les difficultés qu'il y a dans certains quartiers à avoir des professionnels de santé, de la désertification de certains quartiers, quand on voit que la question de l'accès à la CMU, à l'AME par certains professionnels, l'inégalité de répartition de l'offre de soins, l'inexistence de la prévention, tout cela montre qu'encre une fois chaque territoire est différent et qu'il faut bien arriver à se mettre ensemble pour avancer. Ma conviction, je ne sais pas si je vous la ferais partager mais en tout cas elle est malgré tout croissante, elle est de plus en plus souvent partagée, ma conviction c'est que sur un territoire, si les élus locaux ne s'impliquent pas, la santé publique

n'existera pas. Aujourd'hui, les élus sont en permanence sollicités, interpellés y compris pour des choses aussi basiques que mon enfant a besoin d'orthodontie, pourquoi je ne peux pas avoir de rendez-vous. Dans ma ville, qu'est ce que le maire peut y faire. A priori, pas grand chose sauf s'il y a des centres de santé. Interpeller, solliciter, je ne vous parle pas des questions de santé mentale et si on déborde des questions de handicap mais sur toutes ces questions sur lequel il n'a pas de compétence légale, les gens, les habitants mais également les professionnels qui viennent lui dire Monsieur le maire, que faites-vous. Il a une certaine capacité à agir dans la mesure où il dispose de services sociaux, l'intervention sur le logement, l'intervention sur le cadre de vie, la possibilité de mobiliser un certain nombre de moyens, il a une capacité à agir. Encore une fois, ma conviction c'est que sur son territoire il faut que le maire soit non pas le patron mais bien le chef d'orchestre de celui qui met en musique. Sur la question des territoires évoquée tout à l'heure, on parle de territoire et on ne sait évidemment pas ce que c'est et chacun en a une idée différente. Quand on est au ministère et qu'on daigne parler des territoires, on parle de la région. On a fait un énorme effort. Au niveau central, le territoire c'est la région. Au niveau d'une ville, le territoire c'est le quartier voire la cité. On n'est pas sur la même échelle. Au niveau de l'agence régionale d'hospitalisation qu'il y a en Ile-de-France, le territoire de santé c'est par exemple pour ce qui concerne les Hauts-de-Seine, c'est 500 000 habitants. Chaque fois, on utilise le même mot « territoire ». On peut décliner cela à l'infini. Si on considère que le maire doit être impliqué dans les questions de santé, comment faire ? Il y a d'une part l'offre de soins. Un certain nombre de villes ont développé des centres de santé municipaux. C'est le cas à Nanterre. On peut faire de la santé publique sans avoir de centres de santé municipaux et essayer de mettre en place des outils qui permettent à l'ensemble de la population et particulièrement celle qui accepte d'accéder aux soins, à la prévention. Cela a été un des gros intérêts des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins que de mobiliser une multitude d'acteurs y compris les villes dans ce cadre-là on peut mettre en place des espaces santé jeunes, on peut soutenir une multitude d'actions, on peut aussi aller plus loin et l'invention des ASV par la délégation interministérielle à la ville il y a 6 ou 7 ans maintenant a été quelque chose de très important dans la mesure où cela donnait un cadre conceptuel, méthodologique et financier qui permettait aux villes de s'engager réellement. Voilà quelques outils qui permettent de faire. Avec qui ? Avec l'hôpital mais c'est extrêmement difficile. Là-dessus, il faut que chacun d'entre nous sollicite l'ARH pour que dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et dans le cadre des projets établissements, le territoire soit pris en compte et qu'on n'est pas un projet établissement qui soit en pesanteur sans savoir quel est le terrain dans lequel il plonge ses racines, comment est sa clientèle, ses caractéristiques sociales, économiques, les ressources locales et en particulier les ressources de professionnels de santé libéraux. Pour voir un certain nombre de

projets d'établissement, la question de l'articulation de l'hôpital avec l'offre de santé libérale qu'il y a autour, elle est exceptionnelle. Il y a en Ile-de-France 7 expérimentations où on se pose la question de savoir comment l'hôpital répond à des besoins de santé en lien avec les autres acteurs et en particulier en lien avec la ville. Il y avait même 7, il y en a 6. Ce n'est pas beaucoup. Je suis convaincu qu'il faudrait aller plus loin. Et puis, il y a l'appui sur tous les autres offreurs de soins, la santé scolaire, la médecine du travail, les autres professionnels de santé, pharmaciens, infirmier, etc. et enfin il y a les réseaux. A Nanterre, on a 4 réseaux qui sont des outils, des acteurs. Quelques mots sur Nanterre. C'est 87 000 habitants, 4 zones urbaines sensibles. Une ville dont la population est pauvre et a des besoins importants en particulier des besoins de santé dans un département qui est le plus riche de France, avec des inégalités également infra communales. La question d'un territoire pertinent est importante. On fait dans le cadre de l'ASV des diagnostics santé par quartier, un quartier c'est en gros 10 000 habitants, d'un quartier à l'autre, d'un IRIS à un autre puisqu'on essaie d'avoir des données de santé par IRIS, le petit périmètre pertinent pour l'information statistiques... c'est l'îlot représentatif pour l'information statistique. Au niveau des IRIS qui sont quelques petits milliers d'habitants on a des différences extrêmement fortes quand on prend des indicateurs robustes qui peuvent aller pour certains de 1 à 3 au sein de la même ville, d'un IRIS à l'autre ou l'indice d'obésité et de surpoids, bref l'IMC, là aussi cela va de 1 à 3 d'un IRIS à un autre, d'une école à une autre. Les inégalités de santé y compris infra communales sont extrêmement importantes. Il faut donc avoir au maximum des diagnostics locaux et, je répète encore une fois, infra communal à une échelle qui est pour moi de l'ordre de 5 000 à 15 000 habitants. C'est à ce niveau-là qu'on peut avoir une population relativement cohérente, qu'on peut évaluer les besoins et moyens disponibles. A Nanterre mais c'est juste comme exemple, on a donc mis en évidence des inégalités de santé majeures, des mortalités prématurées dans tous les domaines si on compare avec le reste du département, cancer, maladie cardio-vasculaire, alcool, addiction et même les accidents. Tout cela nous incite évidemment à essayer de travailler sur la prévention. D'où des points, diagnostic, quels sont les problèmes de santé sur un quartier, quelles sont les ressources et le diagnostic le plus participatif possible. Il faut que les professionnels de santé, y compris libéraux, s'y impliquent, ce qui n'est pas facile, cela a été dit pour des questions de temps, de financement, pour des questions d'intérêts éventuellement mais il est clair qu'un diagnostic local participatif doit pouvoir recueillir les observations, les opinions des médecins. A partir de ce diagnostic participatif, on a un comité de pilotage qui là aussi doit dans la mesure du possible, à Nanterre on n'y arrive pas, associer les professionnels libéraux pour décider d'un certain nombre de priorités et les mettre en place. Ces actions de santé communautaires doivent là encore mobiliser le maximum d'acteurs de la santé scolaire aux travailleurs sociaux aux associations en passant lorsque cela est possible par les

médecins libéraux et, là encore, sauf exception exceptionnelle, pour moi je n'y arrive pas à Nanterre. La question que je vous pose c'est comment on fait pour que cette synergie se fasse mieux ? Depuis 98 et dans le cadre des ASV, on en est au quatrième diagnostic participatif à Nanterre le quatrième commençant le mois prochain. Voilà à la fois des besoins, un cadre méthodologique, une implication nécessaire à des élus et en même temps on voit bien que tout cela « patine » un peu pour de multiples raisons. Autant je suis convaincu qu'aujourd'hui il n'y a pas de pilotage de la politique de la santé. Il y a la loi de santé publique de 2000 2004 qui a essayé de mettre un cadre mais au niveau de la région pour l'offre de soins, il y a l'ARH qui est à la fois l'Etat et l'assurance maladie, il y a aujourd'hui le Groupement Régional de Santé Publique qui est aussi l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités locales, les professionnels de santé, les multiples personnalités qualifiées, le DRSP, c'est 40 membres, le Conseil d'administration de la DRSP c'est 40 membres dont 2 représentants du Conseil régional. Ce qui est intéressant c'est que pour la première fois dans une instance décisionnelle, les collectivités territoriales ont toutes leur place. Sur 8 départements d'Ile-de-France, 3 seulement ont voulu participer. Sur 1 290 ou 13 communes 4 seulement aujourd'hui on voulu participer et cela tombe bien parce qu'il y a 4 sièges prévus pour les villes. Ces 4 villes sont Aubervilliers, Argenteuil, Evry et Nanterre. 4 villes qui ont fait acte de candidature peut-être que quelques-unes viendront après mais pour le moment on en est là. Ce n'est pas beaucoup alors qu'encore une fois, c'est la première fois que les collectivités sont associées à cela. Il y a l'assurance maladie qui est un pilote majeur puisque c'est lui qui tient l'essentiel des financements. Il y a les collectivités locales, le Conseil régional qui s'y intéresse, le Conseil général avec l'aide sociale à l'enfance, la PMI. Ce sont des acteurs lourds de santé. Et puis de plus en plus, les villes. Au niveau des acteurs, il sont multiples, il y a les professionnels de santé libéraux réunis en URML, les pharmaciens, la santé scolaire, la santé du travail, les infirmières, les kinés, une multitude d'acteurs sans parler des associations qui, quelquefois, s'intéressent aux questions de santé dans le cadre du développement social et urbain, de la cohésion sociale, de la mobilisation des habitants. Et puis, pour simplifier encore, il y a une multitude de plans, de financements, de partenaires, qui fait que si on veut faire de la santé publique il faut être particulièrement armé et cela ne peut pas se concevoir, je pensais aux toutes petites de quelques milliers d'habitants, il est impossible d'intégrer tout cela et de mettre en cohérence. D'où, encore une fois, la question comment fait-on ? Comment on fait pour que sur un territoire, c'est la ville quand elle est suffisamment grande, c'est l'intercommunalité ou l'agglomération quand les villes sont trop petites - cela pose des problèmes politiques sur lesquels je ne reviens pas - mais si on veut que tout cela prenne sens, que les priorités soit repérées, que des réponses soient apportées aux priorités et que l'ensemble des acteurs soient mis en mouvement, dans le même sens, il me semble que ce sont aux

élus locaux de s'y coller. L'intérêt, encore une fois, est de définir les priorités, de mobiliser tous les acteurs, de regrouper les financements, par exemple au niveau du PRSP, un bon paquet des financements d'Etat et d'assurance maladie sont mobilisés pour les questions de santé publique. Demain, en 2008, les financements des ASV seront également gérés par le PRSP et on peut espérer que la DRDR soit également gérée par le PRSP de façon à avoir au niveau de la région une instance suffisamment multipartenaires qui donne à la fois de la cohérence et du sens aux actions de santé publiques par le biais du financement. Le PRSP a mis en ligne, depuis la semaine dernière je crois le 15 mars, son appel à projets. N'hésitez-pas à aller sur le site. L'appel à projets est en ligne. Les prometteurs d'actions, les têtes de réseau, ou les libéraux isolés peuvent être promoteurs d'actions et s'inscrire dans ce cadre-là.

Dernier point, qui ne va pas simplifier, c'est la démographie médicale. Le projet RIR a déjà présenté ses réflexions, l'association « regroupement implantation redéploiement » (RIR) est donc une émanation de l'URLM, présidée par le Docteur Bernard HUYNH qui s'est posé la question : comment sur des territoires à la fois de la démographie médicale, des nouveaux modes d'exercice, de la féminisation de la profession, du fait que les médecins que vous êtes n'ont plus en vie d'être corps et âme à la médecine, comment, sur un certain nombre de territoires où il n'y a pratiquement plus de médecins, arriver à en faire venir d'autres ou arriver à permettre aux médecins libéraux de fonctionner dans de bonnes conditions, avec des conditions de vie qui sont plus acceptables qu'aujourd'hui. L'idée du RIR est de regrouper les professionnels dans des structures suffisamment importantes pour que toutes les tâches administratives, financières, gestionnaires de sécurité ne soient plus individuelles mais collectives. Pour cela, il a proposé aux élus, c'est en cela que la démarche est intéressante, de faire un diagnostic local de la réalité de l'offre de soins sur leurs communes, diagnostic aujourd'hui et prospective dans les 10 ou 15 ans à venir. On s'aperçoit ainsi que par exemple dans une ville qui apparaît banale et sans problème comme Nantes, je crois, 19 professionnels libéraux sont partis depuis 6 ans et un seul s'est installé. La moyenne d'âge est de 54 ans. Lorsque vous montrez une réalité comme cela aux élus, ils sont interloqués, perplexes et inquiets. A partir de cette perplexité et de cette inquiétude, de véritables synergies peuvent se mettre en place. Comment la ville fait pour que les professionnels reviennent, s'installent et soient heureux de travailler et comment la ville bénéficie de la présence des médecins pour faire non seulement du soin, mais au-delà de la santé publique, de la prévention et faciliter l'accès aux soins. A partir de cette crise, crise de la démographie médicale au moins dans certaines villes et du fait que nous avons besoin des uns et des autres, nous pouvons avancer vers une synergie entre les communes et les professionnels de santé libéraux pour mettre en place ce que j'appelle les programmes ou plans de santé publique encore une fois contractualisés avec l'Etat et les

professionnels de santé libéraux. S'y ajoutera la question de la gestion des crises sanitaires et en particulier de la grippe aviaire qui nous mobilisera tous qu'on le veuille ou non.

Dr D. DESCOUT. - Merci beaucoup. Il nous reste une petite demi-heure pour le jeu des questions.

Dr ML ALBY. - Présidente de la section généralistes de l'URML IDF. Je vais en rajouter une couche sur l'organisation. Nous avons, depuis 2004, des concepts de médecins traitants qui est une mission populationnelle puisque personnellement même à Paris j'ai environ 2 000 personnes qui se sont inscrites auprès de moi pour que je sois leur médecin traitant. C'est un concept pertinent et intéressant pour les élus locaux et la politique de la ville dont les concepts nous ont été exposés brièvement. Je voudrais savoir comment mettre en cohérence le premier recours qui me paraît une priorité pour en particulier les populations en grandes difficultés qui ont besoin de médiateurs pour accéder aux soins. Je le constate tous les jours dans mon cabinet. C'est encore plus vrai pour les populations en difficultés et en précarité. A mon avis, ce concept n'est pas assez utilisé ni par les politiques, ni par l'hôpital, qui l'ignorent pour l'instant complètement.

Dr B. ELGHOZI. - Médecin généraliste à Créteil depuis 30 ans. J'essaye de travailler dans le sens du décloisonnement, du rapprochement entre la logique de la politique de la santé et de la politique de la ville puisque que des logiques dans les pratiques, puisque nous on est dans le bain depuis presque 20 ans. Nous sommes confrontés à un certain nombre de difficultés soulevées par Laurent et pour lesquelles on n'a pas beaucoup avancé depuis 20 ans. C'est la question du territoire. Chaque dispositif qui change au mieux tous les deux ans si ce n'est pas tous les 6 mois définit un nouveau territoire. On se retrouve avec 10 territoires sur lesquels on est impliqué soit un territoire défini par une problématique territoire de la santé mentale, territoire des SROS, territoire de la communauté d'agglomération qui est venu se superposer au territoire du contrat de ville. Je m'arrête là. Il y en a une douzaine. Chaque partenaire institutionnel avec lesquels on essaie de travailler veut nous scotcher sur son territoire et pas celui d'à côté. Là, on a un peu de mal à être territorialement pantaphrène et non schizophrène. On a bossé là-dessus pendant longtemps avec notamment le ministère de la ville quand il fonctionnaire mais on n'a pas beaucoup avancé.

Depuis le début de la politique de la ville et de l'ouverture de la politique de la ville à la question de la santé que je trouve remarquable en tant qu'acteur et citoyen, je suis confronté à une chose qui me gêne toujours autant aujourd'hui qu'il y a 15 ans, c'est la question des territoires. On a commencé par les DSU, puis DSQ, puis les 240 quartiers puis après c'était les 400 sites de la politique de la

ville maintenant on est au 127 ASV plus les CUCS et cela continue. Comme le dit le Docteur Marie-Laure ALBY qui est installée en plein Paris dans le 14^{ième} arrondissement, on a les mêmes besoins d'un pilotage, d'une ligne rouge avec des orientations de santé publique à développer localement parce qu'on est des acteurs locaux de la santé publique. On a également besoin, il y a cette question qui me gêne beaucoup qui est autre question, Laurent le disait encore, des acteurs des pratiques de santé publique locale de proximité. On est des fantassins de la politique publique de santé. On n'a jamais été reconnu ni même valorisé là-dessus. Cette mission ne nous a jamais été confiée. On n'est pas formé sur cela. De fait, on a une fonction de médiateur de santé de quartier que l'on occupe et à laquelle on répond tout à fait honorablement. Mais ce serait peut-être un peu mieux si on finissait par la reconnaître, l'encadrer et l'accompagner. Merci.

Dr M. ALAVOINE. – Réseau OCEANE, Seine-Saint-Denis, j'aimerais poser une petite question. Il me semble que dans le dispositif ASV, il était inclus une évaluation à 3 ans. C'est intéressant parce que pour une fois on mettait en place à la naissance d'un projet une politique d'évaluation. Avez-vous sur l'évaluation les trois ans des ASV, au plan national, des choses à nous dire qui nous permettraient peut-être de mieux nous positionner, nous acteurs de santé, plus directement avec nos interlocuteurs territoriaux ?

Mme C. RICHARD. – J'ai fait un état des lieux de l'ASV en 2003. Le rapport est sur le site, il est sorti en mars 2004 qui montre à la fois l'articulation avec des autres dispositifs de la politique de la ville, je parle par exemple par rapport à l'éducation ou même d'insécurité où il y a toute la prévention des toxicomanies. Mais ce qui était intéressant de voir aussi c'est le degré de mobilisation des acteurs sur la commune. On voit bien des professionnels de santé publics et libéraux présents, bien sûr de manière inégale, puisque la mobilisation ne se fait pas d'un coup de baguette magique. C'est une question de démarche, de méthode, de présenter les choses et de les restituer sur ce qu'il se passe sur ce territoire-là. Quand j'ai présenté tout à l'heure justement de quoi je parle. Je regardais, j'ai marqué interministériel contractuel et territorial, en fait ce sont des cadres. Je n'ai parlé que de la population des quartiers pour montrer véritablement le différentiel entre ces publics qui habitent sur les quartiers, pourquoi ils sont dans une telle absence de ressources au niveau local, absence d'équipement, absence de démographie de déficit en termes d'installation des médecins. Il reste Auchan qui sont plus gros que les quartiers, il reste certains équipements mais autrement c'est le désert. Je parle de population et de population cible parce que l'on sait que c'est la personne devant. On a parlé de l'urbain, l'agence nationale de renouvellement urbain est arrivée pour mettre dans des maisons des lotissements, il y a eu beaucoup de démolitions, un peu moins de

constructions. Il y a eu une politique urbaine faite avec les maires, ce sont tout de même les maires qui les font. S'il y a des lieux qui sont encore désertés, moi je dis au Docteur Bernard ELGHOZI, questionnons de nouveau le territoire et moi quand je parle de territoire, je parle de ces micro territoires qui sont des citoyens sur une commune même s'ils sont parfois étrangers, ils sont tout de même des citoyens. Quand on parle de santé publique, ils sont tous à toucher. Je parle véritablement, c'est toujours très bien ce que l'on fait, cela nous « surbooke ». Mais ce sont des questions que je posais tout à l'heure, en quoi ce que je fais a un impact, en quoi cela touche et cela améliore l'état de santé, de qui j'ai besoin pour mieux travailler et ce que je vois, je le reporte à qui, où et qu'est-ce qui fait connaissance ? Cette connaissance n'est pas forcément collective, elle est parfois individuelle. La question de toucher les publics en situation de précarité, ce n'est pas forcément du bouche à oreilles dans un local identifié par des gens en situation de précarité mais c'est aussi ceux qui sont en silence, ceux que l'on ne voit pas. Je pense aussi et beaucoup pour avoir eu des témoignages de médecins généralistes « surbookés » mais qui ont une connaissance de leur population. Cette connaissance-là à qui elle l'a reverse, avec qui elle le partage et avec qui elle le discute ? De ce que l'on a vu dans le rapport aussi bien de l'IGAS que celui dont je vous parlais tout à l'heure, c'est l'isolement des professionnels de santé libéraux pour une bonne part, des gens qui exercent seuls et qui n'en peuvent déjà plus. La manière de dégager cela, de pouvoir réinterroger mais aussi de les soutenir. Vous avez raison quand on parle à un maire et qu'on lui demande 8 maisons de garde, il se dit qu'est ce que c'est que cette histoire, il va falloir payer pour des libéraux. L'Etat se dit non ce n'est pas à nous de payer cela, c'est l'assurance maladie. Quand il y a besoin de surfaces et de programmes de renouvellement urbain dans leur équipement et là où cela se pose, pourquoi ils n'insèrent pas 1 000 m² pour faire un cabinet bien agencé pour des médecins libéraux qui souhaitent se regrouper. Il y a des portes, des entrées et des lieux seulement, c'est très intéressant de voir que les informations sont données dans des lieux et pas dans d'autres, qu'il est difficile de pouvoir recoller les morceaux et de savoir comment collecter suffisamment de fonds pour fonctionner. Ces informations parcellaires, le fait de se retrouver dans des instances par rapport à des problématiques spécifiques permet de se donner ce type d'information. On a vu malgré tout des maires qui remontaient au créneau et qui ont abouti à un certain nombre d'équipements parce qu'ils étaient préoccupés sur les questions de santé de leurs communes.

Dr JP HAMON. – Je voudrais juste vous illustrer la difficulté des médecins libéraux. Vous connaissez Vanves, la maison de garde intercommunale est ici. Vous avez une intercommunalité de droite qui, comme vous le voyez, est parfaitement logique. Vous avez une intercommunalité de

gauche qui est parfaitement logique et vous avez un territoire de santé qui est cela. Comment voulez-vous que nous on se démerde avec cela? C'est impossible.

Dr ML ALBY. – Il y a des nouvelles formes de précarité dans ma ville à Paris, je vois depuis 4 ou 5 ans émerger de nouvelles formes de précarité dramatiques qui concernent des gens qui travaillent et qui ne peuvent plus et qui développent des pathologies, même les indicateurs de santé commencent à bouger et comme en plus on a dérégulé l'accès aux spécialistes largement depuis 2004 avec la nouvelle convention, je pense que dans les 4 ou 5 ans à venir ce ne sera pas simplement des développements de quartier avec des populations très précaires, mais on va maintenant s'intéresser aux nouveaux prolétaires, comme on dit maintenant, qui sont des gens qui travaillent et qui n'y arrivent plus et dont les indicateurs de santé se dégradent fortement. Il faut aller plus loin dans nos préoccupations. Le territoire c'est bien, les concepts, c'est bien mais il faut passer à des phases beaucoup plus opérationnelles avec des gens qui travaillent avec ces personnes. Les nouveaux médecins ne vont plus travailler de la même manière. Il faut absolument les intégrer dans le tissu urbain, 80 % de la population française vit dans les villes. Il faut arrêter d'opposer des libéraux tiroirs-caisses avec les politiques publiques. Actuellement, il faut réfléchir rapidement et ne pas se contenter de faire des diagnostics mais passer à la phase opérationnelle.

Mme C. RICHARD. – L'ASV, c'est véritablement le cadre opérationnel pour que cela fonctionne, ce n'est pas un simple diagnostic. Si vous voulez qu'un maire vous écoute ou même un politique, c'est ce que vous êtes en train de dire là, c'est comment on se met ensemble pour étayer nos discours et nos arguments, qui on rassemble à un moment donné et qu'on organise des séances de travail qui permettent de restituer ce que vous êtes en train de dire et d'amener les élus à écouter cela. C'est sans cela que ce n'est pas fait. Quand je vois un élu qui dit aussi on a coupé la clinique en 2, maintenant la maternité va appartenir à Marseille et non plus à Martigues, je dis l'ARH ne sait pas ce que vous êtes en train de faire, il ne connaît pas votre population ni vos préoccupations, vous prenez vos plans et vous allez parler à l'ARH. Il a eu gain de cause. Ce n'est pas en disant on est en train de voir, etc. c'est comment et où on le restitue, avec qui on le dit et avec quelle force ? Ce que vous me dites, nous on le sait. Il n'y pas seulement cela. On sait aussi les problèmes d'insertion, les travailleurs pauvres, on les connaît, les gens que l'on voit dans les rues, on le sait et ceux qu'on ne voit pas encore dans les rues, il faudrait en parler et intervenir de manière préventive. L'histoire est de dire, comment on fait ensemble pour intervenir en amont et à qui on s'adresse pour le porter. L'opérationnalité on peut toujours dire finalement on sait mais personne ne le fait, l'autre il n'est pas là en face, etc. Il faut aller le chercher.

Dr JP HAMON. - Vous nous demandez de chercher mais regardez le problème des maisons de garde. Les urgences sont débordées parce que les gens ont accès au tiers-payant. Regardez les difficultés que l'on a pour mettre en place dans une maison de garde un tiers-payant. Qui nous aide pour cela ? Personne. Je m'apprête à me faire virer du Conseil municipal de Clamart le 28 mars pour extorquer au maire des subventions qui n'arrivent pas. Combien de temps on va être obligé de faire cela ? On est obligé de les prendre, de les interpeller, de les agresser parce qu'on demande poliment, on fait des demandes de subvention, on les rencontre, on explique ce que l'on fait et on n'a rien en face. Vous êtes en train d'aménager des trucs de quartier. Cela ne fonctionne pas en intercommunalité et on est confronté à des intercommunalités de droite et de gauche et on est noyé et on est noyé au milieu du territoire de santé, on est des médecins libéraux, on vient à 7 heures du matin, ont fait des réunions, on est là souvent, je peux vous dire qu'on aimerait bien avoir un petit coup de main.

Dr L. ELGHOZI. - La question n'est pas d'aller exiger des financements de villes. Les villes n'ont pas à le faire. Si elle le fait, c'est parce que vous l'avez convaincu qu'il y a un intérêt pour leur population. Ce n'est pas pour vous qu'elle va le faire. Mettez-vous à la place d'un élu. Ce n'est pas pour vous médecins libéraux qu'elle va faire, c'est parce qu'elle est convaincue qu'il y a une demande de la population et qu'elle peut contribuer à y répondre. Mais, elle n'a aucune obligation de le faire. Les maisons de garde relèvent de l'Etat et de la sécurité sociale. Les villes donnent un coup de pouce, elles mettent éventuellement à disposition des locaux, du personnel, cela peut se faire mais il n'y a aucune obligation d'aucune sorte. C'est à vous de montrer que c'est l'intérêt de la population et donc pour le maire cela à un intérêt en termes de réélection.

Dr JP HAMON. - On est tout à fait d'accord c'est pour cela que les maires qui se vantent d'avoir des maisons de garde sur leur commune qui voient l'intérêt électoral, qui s'en servent dans leur bulletin municipal...D'autant que l'Etat vous donne les 2/3 de financement et vous, il faut que vous trouviez le tiers restant. Donc, comment fait-on ? C'est insupportable.

Dr D. DESCOUT. - Ce qui m'interpelle dans cette réunion où on se connaît tous depuis longtemps c'est qu'au fond on a parlé du médecin libéral qui vient de s'installer dans le Paris 14^{ième}, je pense que s'il assistait à la réunion de ce matin il se demanderait où il est. Au fond, tu as dit qu'il n'y avait pas de politique de santé mais il y en a tout de même une et quelle visibilité de cette politique. Qu'est ce que l'on voit quotidiennement pour le médecin traitant dans son cabinet, c'est

le reproche qu'on fait au réseau, c'est de ne pas être toujours visible et lisible. Là, on assiste à des politiques de santé, il y a des idées, cela fuse de tous les côtés, cela vient de l'Etat, cela repart aux départements ou aux maisons de gardes mais quelle visibilité pour le médecin traitant qui vient de s'installer qui va appréhender cette réalité et qui va pouvoir y adhérer. Je pense qu'au fond on est sur des axes et on n'arrive pas à se retrouver et à se rencontrer. C'est étonnant ce que tu disais à Nanterre une ville tout de même dans un département très riche, il n'y a pas de travail avec les professionnels de santé libéraux. Cela pourrait interroger. Cela signifie que quelque chose ne va pas. Cela manque du sens. Soit il y a une histoire, des passés, des réalisations, etc. Mais ce n'est pas parce qu'on va avoir moins de médecins, on est en train d'augmenter le numerus clausus et les élections présidentielles tous les préfets et tous les futurs disent qu'ils vont le faire. Même s'ils sont réélus dans cinq ans, dans 10 ans ce qu'ils auront décidé le 3 mai ne portera pas leurs fruits même s'ils sont réélus dans cinq ans. On est dans une dynamique où on est en train de manquer de médecins, où les besoins de santé deviennent énormes dans des axes de préventions de soins etc. et on n'arrive pas à se rencontrer et à être visibles sur cette question de prévention et de territorialité. Cela doit nous interroger.

Dr L. ELGHOZI. – Sur la visibilité, on est tous d'accord et c'est bien pour cela que l'on s'est réuni ce matin. Il me semble encore une fois que ce n'est pas au niveau national, régional ou départemental que cette visibilité peut se faire. Elle ne peut se faire qu'au niveau de la ville. Votre interlocuteur, c'est le maire et non le directeur de l'ARH et encore moins le directeur de la CNAMTS.

A Nanterre, il y a une histoire comme dans plein d'autres villes. C'est une ville qui a été dirigée par le PC et qui l'a toujours été depuis 1935. Le PC a créé des centres de santé municipaux qui ont été vécu à une époque comme une concurrence déloyale par rapport à la médecine libérale. Jusqu'à ces deux dernières années, les médecins salariés quels qu'ils soient étaient interdits de participation à la..... des médecins de Nanterre. C'est un contexte. Cela ne facilite pas le travail. Aujourd'hui, cela change parce que l'on est en situation de crise par rapport à l'accès aux soins, aux inégalités, à tout ce que vous avez dit sur le plan social au sens le plus large et puisque parce que l'on commence à prendre conscience que ce n'est qu'ensemble qu'on arrivera à le faire et que la ville aussi, cela fait une quinzaine d'années, essaie d'impliquer le maximum d'acteurs dans les politiques. Par rapport à ce que vous disiez le médecin traitant, fantassin de la santé, je suis convaincu que les médecins traitants sont détenteurs d'informations que personne d'autre n'a non seulement sur le plan de la santé au sens global du terme y compris social, psychique, sur la façon de vivre des gens etc. On ne fait pas une politique locale de santé sans savoir cela. Il y a donc un besoin d'alimenter que ce soit

l'observatoire, les cartographies. Dans l'autre sens, on n'a aucune formation en santé publique, en santé communautaire, toute sorte de chose, n'empêche qu'il y a une prise de conscience que la santé cela se fait à plusieurs. S'il y a un accord avec l'ASV, c'est bien cette mobilisation et cette transversalité. Il me semble que les médecins généralistes qui s'installent ou qui le sont depuis un certain temps devraient avoir intérêt ou ont intérêt où peuvent être intéressés au-delà des aspects financiers à être impliqués dans les actions de prévention, d'éducation pour la santé, quand on fait une semaine santé sur un quartier, les médecins généralistes pourraient et devraient être intéressés. Le problème c'est que les villes dans lesquelles il se passe quelque chose sur le plan de la santé sont souvent des villes dans lesquelles il y a une population en difficultés par rapport à la santé sinon à Neuilly on s'intéresse assez peu à ces questions-là, ce sont les villes dans lesquelles il y a trop de besoins de santé et peu de professionnels de santé. Du coup, les quelques médecins généralistes qui restent, en tout cas c'est ce que je vois à Nanterre, et c'est probablement vrai, n'ont pas le temps de passer des heures en réunion, en comité de pilotage, en éducation pour la santé. Il y a une vraie contradiction. Comment on fait pour que là où il y a le plus de besoins en santé publique, il y ait des professionnels pour le faire. On a, à l'évidence, des choses à se dire, à échanger et à faire ensemble. C'est ce pourquoi je plaide. Par rapport à l'évaluation, Catherine RICHARD a dit un certain nombre de choses. Il y a le livre bilan et perspectives des ASV de janvier 2005 dans lequel il y a beaucoup d'éléments d'évaluation, d'expériences, de réflexions qui me paraît tout à fait important. Sur la question des territoires, on est d'accord. Sur le ciblage des zones, les diagnostics locaux, c'est-à-dire quels sont les besoins, quelles sont les ressources, quels sont les acteurs il faut forcément devenir un territoire d'action.

Dr B. ELGHOZI. - La réponse à la question du territoire, c'est le territoire des pratiques.

INTERVENANTE. - Je travaille en tant que consultante pour la DRASS sur l'articulation d'équipes et des réseaux dans les politiques gérontologiques et par ailleurs, je mène une action dans un quartier politique de la ville qui est partie des problématiques de vieillissement et je suis membre de la conférence régionale de santé. Je suis très intéressée, j'ai participé en partie à l'élaboration du Plan santé publique sur certains axes. Tout ce qui a été dit est extrêmement intéressant parce qu'effectivement comment arriver à mettre en place une réelle politique de santé publique qui soit visible et qui ait surtout du sens. Je suis sociologue à la base donc ce qui m'intéresse c'est le sens. Je voulais appuyer le propos du Docteur Marie-Laure ALBY parce qu'on voit apparaître ici et là des nouvelles problématiques, des nouvelles poches de difficultés, on va appeler cela comme cela, mais je n'aime pas le terme poche et notamment on voit apparaître dans

les quartiers politiques de la ville la question du « mal vieillir » qui est une question importante, le « bien vieillir » on connaît mais par contre les indicateurs du « mal vieillir » sont en train de se construire. Ils vont nous prendre en défaut. Il y a un vrai problème et je ne parle pas de la gérontologie du grand âge mais de personnes qui à 45 ans présentent des pathologies, des usures, des risques et surtout, un nom traitement de leur personne. L'estime de soi est tombée très bas. A partir de là, on va vers des cumuls de difficultés de plus en plus grandes. On a mené un travail en politique de la ville à partir d'un CLIC* mais on sait qu'on aurait besoin d'un ASV et pas forcément d'un CLIC*. De plus en plus, les CLIC* dont ce n'est pas la vocation au départ sont interpellés par des acteurs sociaux ou médicaux avec des personnes de moins de 60 ans, donc des personnes pas du grand âge, qui relèvent de problématiques typiques de politique de la ville. On a 2 choses. Nous, on se rend compte c'est qu'il faut vraiment avoir des stratégies communautaires, il faut décloisonner le médico-social et tout aussi important que la santé pure et dure. Il faut que les 2 pratiques s'allient, il faut avoir une approche anthropoïde de la question, sinon on n'y arrive pas, ce n'est pas possible. Des équipements se mettent en place, qui sont de l'ordre du médico-social dans lequel parfois ne sont pas associés les médecins. Une des premières interventions a été de dire mais pourquoi les professionnels ne sont pas autour de la discussion.

Dr D. DESCOUT. - Là aussi les CLIC*, c'est encore un découpage de territoires qui appartient au département.

Dr L. ELGHOZI. - C'est labélisé et financé par le département mais dans la majorité des cas c'est municipal.

Dr D. DESCOUT. - Dans le département des Yvelines ça a été fait par le département. C'était intéressant parce que le Conseil Général a considéré que la diversité des Yvelines qui va de communes qui ont 30, 40, 50 000 habitants avec des communes qui font 800 habitants, quel territoire avait un sens ? Le découpage en CLIC* qui vient d'être pris pour le découplage pour le handicap est un découpage qui s'est fait non pas artificiellement par le Conseil général mais à partir des réseaux d'actions qui existaient sur le terrain. C'est tout à fait original sur le département des Yvelines qui sont passés au-dessus des communes. Au fond, cela a donné du sens. Au moins, on parlait de l'action et on dépassait l'échelon communal qui est important notamment dans ces zones où les populations ne sont pas en nombre suffisant et qui, malgré tout, ont le droit à chacun au même accès des soins.

M. G. POUTOUT. – A plusieurs reprises dans les exposés, j'ai entendu il faut que les professionnels nous rejoignent, qu'ils se regroupent, qu'ils participent. Il faut que, il faut que, y'a qu'à.... J'ai envie de sortir du rond, du cercle, et par forcément d'être sympathique. Si on veut effectivement que les professionnels qui soient médecins, paramédicaux, médicaux sociaux se mobilisent encore faut-il respecter leur parole et leur engagement sur le terrain. Il y a depuis maintenant une vingtaine d'années, Bernard en a témoigné tout à l'heure, un certain nombre de prises de position, de pratiques qui se sont mises en réseaux, en associations. On parle beaucoup évidemment de tout ce qui est maison médicale de garde, de maison de santé, etc. Ce que j'observe moi, c'est comment la politique de la ville en général et les communes en particulier et les collectivités locales les ont aidés. La facilité est de dire : cela ce n'est pas les communes, ce n'est pas la collectivité locale, c'est l'Etat et l'assurance maladie. Je vais donner un exemple. Dans cette région, l'Etat et l'assurance maladie ont joué leurs rôles. Ils ont financé assez largement des réseaux de santé, des maisons médicales de garde. Ce qui sont les contraintes de l'Etat et de l'assurance maladie, c'est qu'il y a des lois, des règles, des cahiers des charges, des tas de choses que les administratifs ou les médecins administratifs ont toujours respecté. Et combien de fois il fallait pour les médecins, les libéraux, les hospitaliers, combien de fois il leur fallait ce petit truc de départ pour démarrer, se réunir, faire autre chose que du bénévolat, prouver autrement qu'avec sa bonne volonté, etc.. Ils ne l'ont pas eu. Beaucoup de gens ont recherché du côté des mutuelles, des structures, des communes, du département, des régions, etc. quel écho ils ont eu ? On parlait tout à l'heure des médecins tiroirs-caisses, ce sont les médecins, ces « putains » de médecins libéraux, ils sont dans leur cabinet, ils prennent leur pognon et il ne faut pas leur demander de se réunir. Le discours est très ambivalent parce que tout le monde est en train de dire ils sont de plus en plus rares, ils bossent de plus en plus, ils n'ont pas le temps de faire ceci ou cela. Mais ils doivent être à toutes les réunions, des réunions ce sont des réunions de corne de queue. Quand on se réunit pendant des heures et des heures avec des élus qui ont un discours qui est insupportable parfois et ce n'est pas une critique c'est comme cela c'est l'habitude.

Dr L. ELGHOZI. – C'est un peu une critique.

M. G. POUTOUT. – Je ne dis pas cela pour vous. C'est le discours qui en ressort, c'est qu'on parle, on parle, on fait des diagnostics et après que fait-on ? Ce qui eût fallu faire, cela aurait été de soutenir ces gens qui se mobilisent mais le faire vraiment, faire un contrepoids, une force, cela veut dire prêter des locaux mais aussi parfois leur faire porte-voix. C'est important. On est dans un pays où tout est institutionnel. On fait des bons machins, des rapports d'évaluation que personne ne lit.

On fait des rapports IGAS. Le rapport IGAS sur les réseaux est une catastrophe. Personne dans les élus n'a levé le petit doigt en disant mais tout de même moi j'ai un réseau chez moi.

Dr L. ELGHOZI. - Ce n'est pas vrai.

M. G. POUTOUT. - Cela ne se voit pas ! Il faut que cela se voit. J'ai envie de vous dire arrêtez vos discours. Soutenez les, faites le, que cela se voit C'est cela qu'il faut faire plutôt que de dire pourquoi les libéraux ne sont pas là, faites en sorte que vous portiez leur voix lorsque cela vous sert. A partir de là, vous aurez du monde, je vous en assure.

Mme C. RICHARD. - Je connais des villes qui ont soutenu le démarrage des maisons de garde, il y en a quelques unes. Là où vous avez parfaitement raison, c'est l'absence de visibilité.

Dr B. ELGHOZI. -Le constat que tu fais ici est pertinent globalement au niveau de la grande majorité et des élus comme le constat que font les professionnels investis ou porteurs de la politique de la ville de l'insuffisance d'investissement des libéraux. Si on est là ce matin et si Laurent ELGHOZI est là aussi ce matin, c'est qu'on est d'accord et que cela fait longtemps que l'on est d'accord là-dessus.

M. G. POUTOUT. - Il faut arrêter d'être gentil avec tout le monde !

Dr B. ELGHOZI. - La question c'est comment on va au-delà et comment on arrive à passer l'effet seuil qui est 10 à 15 % de gens qui sont autant du côté des élus que des conseils de santé libéraux mobilisés, investis et qui bougent. La question c'est de la visibilité que l'on n'a pas réussi à donner. Il faut de la capitalisation de ces 15 ou 20 ans où on a réussi à faire des choses. Aujourd'hui, on n'a pas les réponses.

Mme C. RICHARD. - Visibilité, opérationnalité, c'est-à-dire comment on passe à l'acte après avoir fait ce constat-là et avec qui on se met. J'ai une idée qui vient de par votre dialogue le porte-voix de cela pour les questions de médecine générale, ce qu'ils vont, des nouvelles donnes, élus santé public et territoire, c'est un réseau d'élus qui touchent 27 villes, ce n'est pas beaucoup vous me direz, mais quand même. Ce sont des élus et d'autres petites villes du fin fond du sud-ouest qui posent des questions parce que c'est le seul lien où ils peuvent être entendus. Cela peut être

intéressant de voir les critiques par rapport à l'IGAS, comment on peut constituer, lancer un article, vous l'adresser et on le diffuse. A un moment, il faut savoir comment on se met ensemble.

INTERVENANTE. - Il y a tout de même une réalité sociologique qui va plus vite que le fait de pouvoir régler cette réalité. Il faut tout de même le savoir. C'est déjà dépassé. Il y a une urgence.

Mme C. RICHARD. - Il y a une urgence, je suis bien d'accord avec vous.

INTERVENANTE. - C'est d'autant plus difficile pour les médecins libéraux.

Dr L. ELGHOZI. - Encore une fois, ce n'est pas la responsabilité des villes. Il y a un certain nombre de villes, ce n'est pas le cas de Nanterre, dont le budget est très tendu. Leur demander quelques dizaines ou centaines de milliers d'euros pour faire quelque chose qui relève de l'Etat, de l'assurance maladie, non ! Il faut le comprendre. On ne peut pas leur faire ce reproche là. Par ailleurs, je reste convaincu et encore une fois, y compris en santé publique et territoire que les élus doivent s'appliquer, il faut les informer, les sensibiliser, les former. Leur place dans l'IRSP c'est probablement une entrée. Si l'ensemble des financements des actions de santé publique passait par l'IRSP, les élus seraient plus au courant, plus informés, plus impliqués, plus mobilisés et plus acteurs. Mais ne leur demandez ce qu'ils n'ont pas à faire. C'est en plus.

M. G. POUTOUT. - Qu'on ne se trompe pas de débat ! Tout va à l'envers.

Dr L. ELGHOZI. - Moi je pense que la DRDR devrait être « virée »...

M. G. POUTOUT. - Elle est supprimée.

Dr L. ELGHOZI. - Elle est supprimée aujourd'hui.

M. G. POUTOUT. - La mobilisation est aujourd'hui catastrophique, tout cela parce que les réseaux en ont pris plein la figure. Quand on vient leur dire, c'est là où il faut faire très attention, vous allez pouvoir avoir une entrée mais non. Quand on a tapé sur la tête de quelqu'un, en lui disant : ce que t'as fait, bon écoute, ce n'était pas très bien. On ne les a pas soutenu suffisamment, le coup de gueule de Jean-Paul HAMON est très caractéristique et représentatif. Il dit, raz le bol, cela

fait des années que je le connais, il s'est battu. Aujourd'hui, il ne sait pas où il en est. C'est cela la réalité. On ne peut pas demander aux médecins aujourd'hui de venir, je n'y crois pas. Je ne crois pas à l'institution par contre je crois au fait qu'il y a encore une carte à jouer qui est de soutenir les initiatives qui existent et qui peuvent partir sur n'importe quoi. On raisonne avec des catégories de raisonnement, la prévention, le machin, etc. Quand des gens ont envie de faire quelque chose et que c'est positif, il faut les soutenir parce que c'est la dernière carte aujourd'hui.

Dr D. DESCOUT. - Merci à Gille POUTOUT de son intervention. Dans cette histoire et on est au petit déjeuner des réseaux, il faut bien reconnaître que l'on doit s'interroger sur notre difficulté qu'on a eue à répondre à ce rapport de l'IGAS qui nous a copieusement cassé. Les gens qui sont montés au créneau pour nous soutenir, on peut les compter sur pas les doigts des 2 mains mais sur les doigts d'une main. C'est vraiment dommage parce que c'était vraiment le terreau pour bâtir une vraie politique de santé. Pour tous les promoteurs des réseaux qui sont ici, le combat continu. Cela nous interroge en tant que président de fédération. Cela pourrait nous interroger aussi le rôle de l'URML et cela doit au aussi nous interroger avec nos financeurs et nos correspondants.

Merci beaucoup.

INTERVENANTE. - J'ai trouvé que c'était dramatique qu'il y ait des réseaux qui nous appellent parce qu'à bout de souffle on a des CRIC qui mettent la clef sous la porte quand on en sait le travail communautaire que c'est, les mobilisations pendant des années, non et le besoin qu'il y a d'avoir des dynamiques croisés. Il ne faut pas rêver.

Dr L. ELGHOZI. - Si vous voulez que l'on trouve les moyens que les promoteurs de réseaux, sous quelle forme c'est à vous de le décider, viennent rencontrer la commission santé de l'association des Maires d'Ile-de-France, j'y suis favorable.

Dr D. DESCOUT. - Merci beaucoup. Le prochain petit déjeuner des réseaux est le 24 avril.

La séance est levée à 9 heures 10.