

**Michèle LEFLON**

Vice Présidente,

Chargée de la formation professionnelle,  
et de l'orientation

Permanence

12, rue Jacquemart Templeux  
08000 Charleville Mézières

☎ 03 24 56 40 43

06 08 93 84 93

☎ 03 24 59 34 59

michele.leflon@orange.fr

Charleville Mézières le 19 novembre 2011

Monsieur le Directeur Général  
Agence Régionale de Santé

Monsieur le Directeur,

Les intentions du plan stratégique régional de santé sont louables. Mais la déclinaison dans les différents schémas manque de souffle !

Aussi, après des réflexions globales, j'ai souhaité vous adresser quelques remarques, au fil des documents. D'autres s'imposent sans doute également : c'est tout l'intérêt de poursuivre le débat.

Les participants aux différentes instances de consultation auxquelles j'ai participé se sont plaints de l'importance des documents. Ce n'est peut être pas la masse de documents qui pose problème, mais l'absence, non d'une synthèse qui aurait été réductrice, mais d'une vue d'ensemble à partir des vraies questions, celles de la satisfaction des besoins : le SROS en particulier est constitué à partir des différentes offres de soins, l'ambulatoire, les filières d'hospitalisation ..., alors qu'il devrait être réfléchi à partir des besoins de la population.

Car un plan régional de santé véritable ne peut être construit qu'à partir des besoins de la population et ne peut, sans tare incurable, éviter, comme cela a été le cas, le débat de fond sur les moyens que la population souhaite consacrer à sa santé : aborder la question de ressources nouvelles de la sécurité sociale par exemple en faisant cotiser les profits financiers des entreprises à la même hauteur que les cotisations patronales ne peut être sujet tabou, pas plus que d'envisager la question de la démographie des professionnels de santé autrement que par la mise en concurrence des territoires, une mise en concurrence dans laquelle, on le sait, la France du Nord et de l'Est est perdante !

Les vraies questions posées par les populations sont :

- Quel premier recours ? De ce point de vue, comme je l'ai exprimé lors d'une CRSA, les territoires sont, pour certains, trop grands, car construits autour de l'offre des professionnels, alors que notre région a des territoires faiblement peuplés et que la raréfaction de l'offre de soins, comme des autres services publics, ne peut que contribuer à la désertification de certaines zones de la région : c'est contraire à un aménagement harmonieux de notre territoire et à la qualité de vie de nos concitoyens.

Cela pose effectivement la question de la démographie des professionnels de santé : j'y reviendrai.

- Quelle offre spécialisée ? Il s'agit là d'une question transversale à la pratique ambulatoire et à l'hospitalisation, car, sauf urgence, les malades ont d'abord besoin d'un accès simple à une consultation, avant un recours éventuel à une hospitalisation. Le SROS, construit à partir des filières à la mode (même si ces « modes » correspondent à un effort tout particulier à faire dans ces domaines, leur mise sur la place publique étant souvent le fait d'un état particulièrement catastrophique, comme par exemple les soins palliatifs, ou à des innovations thérapeutiques, comme dans le domaine des AVC) ignore pratiquement totalement les préoccupations les plus fréquentes de la population : comment aller voir dans un délai raisonnable un ophtalmologiste, un pédiatre, un cardiologue, un gynécologue, un gastroentérologue, un pneumologue, un neurologue ...en secteur I et pas trop loin de chez soi ? C'est lié aux questions de démographie médicale, mais en dehors de cette question des mesures pourraient être prises en particulier dans les établissements hospitaliers pour favoriser les consultations décentralisées, pour mieux organiser les consultations (secrétaires, infirmières), pour obliger à des délais de consultations qui ne soient pas plus longs en secteur public qu'en secteur privé. Les vœux ne suffisent pas. Il faut assurer la logistique.

Quelle prise en charge en urgence ? C'est une préoccupation majeure des populations en dehors des agglomérations. Il est dommage que ce plan fragmente la réponse à travers le volet ambulatoire, le volet urgence, le volet permanence des soins.

Quel recours à un plateau technique, à une hospitalisation ? Un projet global de l'offre de soins en établissement manque : il faut aller dans le volet médecine et chirurgie pour trouver le projet de communautés hospitalières de territoire, alors que la coopération doit concerner l'ensemble des filières et ne peut reposer, pour être efficace, que sur une construction volontaire progressive ! C'est d'ailleurs le sens du document qui figure sur le site du ministère de la santé : « La décision de constituer une CHT relève de l'initiative des établissements publics de santé » Vous pouvez effectivement l'impulser au travers de ce PRS, mais le succès ne viendra que du volontariat et d'une réflexion approfondie, **car il faut mutualiser les compétences, non mutualiser les difficultés**, comme c'est actuellement le cas dans beaucoup de réorganisations des services hospitaliers, qui au nom d'une mutualisation surajoutent des difficultés à des difficultés, avec une inefficacité majeure puisqu'au total le service rendu est moins bon qu'avant et s'accompagne d'une souffrance profonde des personnels hospitaliers, amoureux de leur métier mais se rendant compte qu'on ne leur donne plus la possibilité de l'exercer correctement et que la qualité du service rendu baisse. De ce point de vue, la conception de coopération entre établissement sous forme de CHT est viciée à la base, puisque la loi prévoit l'existence d'une commission de communauté composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissements et des directeurs des établissements partenaires et exclut de la réflexion commune les personnels paramédicaux.

J'ai deux interrogations sur le découpage du territoire envisagé pour ces CHT

-le rattachement du GHSA à la CHT de Champagne Ardenne centre. On le sait, les tentatives de coopération entre le GHSA et le CHU restent minimes et l'inclusion du sud des Ardennes dans le territoire de santé de la Marne dans le précédent découpage a surtout eu comme résultat d'alimenter les cliniques privées marnaises à partir du GHSA à travers le GCS mis en place, tandis que, malgré les découpages administratifs, une partie de ces populations, à égale distance de Charleville Mézières et de Reims, préfère, dans les situations où les

besoins ne relèvent pas de la spécialisation d'un hôpital universitaire, venir à Charleville Mézières, plus accessible.

- La CHT de Champagne Ardenne Sud est gigantesque et il convient à l'évidence de ne pas vouloir décalquer les coopérations sur des schémas administratifs : Chaumont et plus encore Langres sont attirés par le CHU de Dijon : inverser cette dynamique est une décision technocratique qui risque de nécessiter des efforts qui seraient plus utiles, en les tournant vers une réelle satisfaction des besoins

La démographie médicale est une question particulièrement sensible en région :

- tout d'abord en établissements de santé, l'organisation ne doit pas faire peser sur les professionnels les difficultés et surajouter à l'environnement géographique le poids du manque de professionnels : l'exemple de l'hôpital de Charleville Mézières est de ce point particulièrement démonstratif : deux départs de praticiens hospitaliers en anesthésie réanimation en quelques mois, le recrutement d'un interne à la fin de son cursus très compromis, sans parler des départs dans d'autres spécialités. Les médecins s'emploient à faciliter le maintien des internes en région à la fin de leurs études. Il convient que les administrations hospitalières n'aient pas une politique contradictoire. Cette question est bien traitée dans le volet psychiatrie du SROS : « *Élaborer des procédures d'accueil des nouveaux arrivants, qu'ils soient étudiants / internes ou professionnels. Ces procédures devront notamment définir les conditions administratives, logistiques (logement, transports, par ex.) et pédagogiques d'accueil des nouveaux arrivants.* » (version V1 du volet psychiatrie p 27). Il serait bien que ce ne soit pas limité à la psychiatrie.

En médecine de ville, la question a été abordée lors de la conférence de santé Champagne Ardenne Nord du 6 octobre et vous avez vous même évoqué la possibilité de création de centres de santé. Effectivement, les maisons médicales de statut libéral ne correspondent plus aux aspirations de jeunes médecins qui souhaitent travailler en groupe, mais aussi pouvoir se consacrer pleinement à leur métier en étant débarrassés des tâches de gestion et le statut de salarié répond souvent à leurs souhaits, particulièrement pour les femmes et la profession est de plus en plus féminisée.

Mais la création de centres de santé ne peut se faire en claquant des doigts ! Comme l'avait indiqué Sylvain Dalle Rosa, maire adjoint de Charleville Mézières, il ne peut être question de faire payer les investissements à des collectivités territoriales déjà en difficultés financières alors que la santé est une compétence de l'Etat. Le redéploiement des crédits destinés aux maisons de santé est une partie de la réponse, qui pourrait être complétée par un engagement fort d'une République pour une vraie accessibilité aux soins.

La question du fonctionnement pourrait faire l'objet d'une expérimentation en Champagne Ardenne avec l'Assurance Maladie : en effet l'équilibre financier des centres de santé est compromis, là où historiquement ils sont nombreux (région parisienne, PACA ...) par une inégalité de traitement avec la médecine libérale. Les centres de santé sont rémunérés par les actes réalisés par leurs salariés, sans que ne soit versé aux centres l'ensemble des éléments tarifaires introduits dans les conventions des professionnels libéraux depuis 2003 et en particulier des forfaits divers, destinés à compenser des prises en charge lourdes de certains patients, à l'amélioration des pratiques professionnelles ou à des pratiques de dépistage. Par ailleurs, alors que l'organisation du tiers-payant est une pratique simple et bien organisée pour les milliers d'officines de pharmacie en France, elle constitue un vrai cauchemar réglementaire et financier pour les centres de santé et selon une étude réalisée sur les centres de santé parisiens par Richard Bouton et Alain Coulomb ([http://www.apima.org/img\\_bronner/Synthese\\_Offre\\_de\\_soins\\_Parisienne.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Synthese_Offre_de_soins_Parisienne.pdf)), elle

représente pour les centres de santé une charge entre 3,5 et 4 euros par dossier facturé à l'Assurance Maladie. Une convention entre l'ARS et l'Assurance Maladie pourrait être une expérience intéressante en région en permettant d'aplanir ces difficultés, freins incontestables à toute volonté d'implantation d'un centre de santé.

Voici maintenant quelques remarques sur les différents documents :

- Sur le SROS :

➤ Médecine et chirurgie : la vision de ce pan majeur de l'hospitalisation ne peut pas se résumer à une organisation technocratique et déconnectée de la vie réelle, à seul but financier et par exemple, clarifier, comme il est indiqué dans le schéma ce qui relève en médecine d'une activité de consultation et d'une hospitalisation de jour n'a qu'un sens financier, loin de la vraie vie. (p5 de la V1)

Elle ne peut pas non plus consacrer un mélange entre hospitalisation privée et publique dans lequel les populations ne s'y retrouveraient pas : les malades ont le droit de savoir si leur maladie va servir à enrichir les financiers de l'hospitalisation privée, et pouvoir le refuser au cas où. Et c'est d'ailleurs un très mauvais calcul économique en faisant payer à la Sécurité Sociale des charges indues. Sauf cas très particulier, l'optimisation de la permanence des soins entre secteur privé et public n'a pas lieu d'être et il faut faire en sorte que le secteur public réponde aux besoins en terme d'urgence chirurgicale (p5 de la V1)

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un réel enjeu contribuant dans certaines conditions à la qualité des soins, à la lutte contre les infections nosocomiales. Mais un vrai bilan du développement de la chirurgie ambulatoire ne peut être la comparaison des statistiques de la Champagne Ardenne avec les statistiques nationales et doit rechercher les freins à son développement : la configuration régionale avec ses distances est sans doute un handicap, mais plus encore le nombre de personnes âgées isolées, leurs enfants étant partis chercher un emploi ailleurs. Cela permettrait de donner des objectifs plus réels et d'éviter de culpabiliser, voir de pénaliser financièrement des équipes au motif qu'elles ne font pas autant de chirurgie ambulatoire qu'en Ile de France. (p19 de la V1)

La mutualisation des plateaux de chirurgie ambulatoire pour les actes techniques de médecine doit être réfléchi sans systématisation : elle peut en effet dans certains cas être la mutualisation des difficultés que j'évoquais plus haut et participer à l'aggravation des difficultés des établissements.

Une remarque technique s'impose : une part importante de actes techniques de médecine ne font pas appel à des anesthésies loco régionales ou régionales (p5 de la V1) mais à des anesthésies générales ou des sédations.

La gradation des soins est fondamentale et je me félicite que ce volet du SROS traite cette question. Conforter la place des hôpitaux locaux est essentielle, mais ne peut se faire que dans le discours. Les réserves apportées doivent être levées. Je cite : *Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux doivent notamment, sous réserve de la « soutenabilité » financière de cette orientation compte tenu de la mise en œuvre à venir de la tarification à l'activité dans ces établissements, être confortés dans leur rôle de « sas »*. Si la mise en œuvre à venir de la tarification à l'activité dans ces établissements devait restreindre leur rôle essentiel de proximité, c'est qu'elle est mauvaise et il faut donc intervenir pour que cette mise en œuvre n'ait pas lieu ! (p 27 de la V1). La différence entre le discours et la réalité est aussi exemplaire dans un hôpital comme Fumay. Page 26 de la V1, il est indiqué que la permanence des soins n'est pas requise au niveau local hormis en cas de présence d'une antenne SMUR, ce qui est

précisément le cas de Fumay. Or les dernières décisions du directeur de cet établissement, en supprimant des postes, mettent en cause la permanence des soins.

Les incertitudes sur la pérennité des plateaux chirurgicaux de Vitry le François, Chaumont et Rethel ne sont pas acceptables. L'organisation de la gradation des soins est une nécessité, mais un projet de transformation en structures uniquement dédiées à la chirurgie ambulatoire ne correspond pas à cette nécessaire gradation des soins. Le frein au développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas que médical, il est aussi social et par ailleurs certains actes peuvent tout à fait être effectués dans des structures de proximité, sans pour autant relever de la chirurgie ambulatoire. En ce qui concerne Vitry le François et plus encore Chaumont, à la fois chef lieu de département et isolé géographiquement, la remise en cause de l'existence des blocs opératoires est particulièrement grave de par l'existence d'une maternité et la réflexion ne peut être conduite en s'appuyant sur un projet de mutualisation avec le privé : c'est bien au secteur public à répondre aux besoins de la population !

Que veut dire que sera envisagée la possibilité d'une seule autorisation à Charleville Mézières, tant en chirurgie qu'en médecine ?

Mais c'est aussi à Chalons en Champagne, Epernay, St Dizier que sont envisagées ou déjà engagées des « coopérations » public – privé, qui, au delà des discours lénifiants, ne peuvent conduire qu'à une augmentation inutile des dépenses de santé, le but des établissements de santé lucratif étant bien de faire du bénéfice sur le dos des assurés sociaux. Il serait scandaleux qu'un Groupement de Coopération Sanitaire privé soit bénéficiaire, au détriment de l'hôpital public, faisant partie du groupement, assurant une partie de la logistique sans les justes contre parties financières !

↪ Sur le volet permanence des soins, la distinction entre gardes et astreintes liées à la permanence des soins et celles liées à la continuité des soins est une subtilité financière, qui pourrait être cocasse, si elle ne risquait pas d'avoir des conséquences néfastes sur la nécessaire permanence et continuité des soins. (p 4 de la V0) Il s'agit là d'un sujet trop important, tant pour la population champardennaise, qui pose haut et fort la question de la réponse à l'urgence, que pour les professionnels de santé pour lesquels elle impose une pénibilité lourde, pour être abordé uniquement sous l'angle financier !

↪ Sur le volet urgence, la mise en veille en nuit profonde est très dangereuse : ce n'est pas parce que le nombre d'urgences est plus faible pendant cette période de la nuit qu'un accident grave, avec plusieurs blessés ne peut avoir lieu, sans parler des hasards qui font que l'activité réelle ne répond pas à des moyennes.

Les vœux ne peuvent suffire : il est intéressant de lire que les SMUR pourront avoir recours à une sage-femme quand elles auront à prendre en charge des parturientes : comment concrètement ? Il aurait d'ailleurs été intéressant que soit fourni le chiffre des accouchements hors maternité : c'est certainement un indicateur intéressant à suivre avec la multiplication des fermetures de maternités.

Dans le genre vœu, j'ai aussi lu avec intérêt que « *Pour chaque établissement disposant d'une structure d'urgence, une réflexion doit être menée sur la disponibilité des lits d'aval pour les patients hospitalisés à partir des urgences. Cette réflexion doit anticiper les situations de possibles tensions : pics épidémiques saisonniers... mais aussi les différentes possibilités pour les services d'accueillir au quotidien, dans les meilleurs délais et les meilleures conditions, ces patients.* » La disponibilité en lits d'aval s'aggrave au fur et à mesure des suppressions de lits, réorganisation en lits de semaine, ou transformation en

hospitalisations de jour et il ne s'agit plus de réflexion mais de choix cornéliens imposés aux professionnels : quels patients peut on mal prendre en charge ?

↪ Volet cancer : l'organisation de la chimiothérapie de proximité est trop attendue par les malades pour rester dans l'intention : « *Les sites autorisés devront permettre aux établissements antérieurement autorisés de réaliser des chimiothérapies de proximité comme sites associés.* » (p24 de la V1). Cela doit sans doute aussi concerner des sites ne pratiquant pas actuellement de chimiothérapie : Vouziers par exemple et la plus-value d'une organisation en réseau doit permettre d'assurer la sécurité dans la proximité (avec d'ailleurs, d'un point de vue purement économique un intérêt financier et environnemental en diminuant les transports sanitaires.)

↪ Volet cardiologie interventionnelle : l'insertion des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire dans la filière de soins cardiologiques est logique. Mais cela ne doit pas masquer l'effort tout particulièrement important à faire en région pour ces activités, dont les Ardennes sont démunies, alors que le bassin de population est suffisant pour cette activité et que le facteur temps est important dans la prise en charge des infarctus du myocarde, de même d'ailleurs que la rééducation cardiaque : la réponse au besoin en la matière ne peut être abandonné à l'espoir qu'une structure de type privée y répondra peut être un jour !

↪ Volet périnatalité : la mort annoncée des maternités de Vitry le François et de Langres, alors même qu'elles font plus de 300 accouchements par an, ne relève que d'un souci financier. Quant à la rédaction nouvelle de la V1 : « *Les maternités de Charleville et Sedan fonctionneront avec une équipe unique dans le cadre d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH)* », elle interroge sur le but réellement recherché : est il d'épuiser les professionnels dans une mutualisation des difficultés pour leur faire prendre la responsabilité de la fermeture d'un des deux sites ?

↪ Le volet réanimation me suggère deux remarques :

- La transformation des lits de réanimation de Chaumont en lit de surveillance continue pour six mois est une mesure dangereuse du fait de l'isolement de Chaumont : c'est d'ailleurs sans doute parce que cette mesure est risquée que vous ne prévoyez qu'une expérimentation. Il y a une part de « jeu de rôle » dans une telle annonce, non digne du respect qu'il convient d'avoir pour les malades potentiels.

- Le diagnostic nécessiterait certainement d'être plus approfondi en ce qui concerne les lits de surveillance continue : malades chirurgicaux, malades médicaux ? Le manque de possibilité de mettre des patients en soins continus en post-opératoire à Charleville Mézières impacte la qualité des soins et ne se retrouve pas dans ce diagnostic.

↪ Volet psychiatrie : la conversion de lits d'hospitalisation complète en places de MAS répond vraisemblablement à une meilleure adéquation mais elle se traduira par des transferts d'appels de financement de la sécurité sociale vers les conseils généraux et cela ne peut être fait dans une telle discrétion.

- Sur le SROM

↪ Le volet personnes âgées est d'une cécité quasi totale sur l'aspect financier de l'autonomie des personnes âgées : les ressources des personnes âgées impacte le taux de seniors en institution. Le maintien à domicile est à privilégier, tant qu'il permet aux personnes âgées une meilleure qualité de vie qu'en institution. Mais dans trop de cas le maintien à

domicile se fait au détriment de la qualité de vie, pour de seules raisons de ressources financières : un véritable diagnostic nécessiterait de s'interroger sur ces questions.

Les difficultés financières rencontrées par des structures d'hébergement ou au contraire de maintien à domicile mettent également en péril le service rendu aux personnes âgées : les exemples se sont multipliés au cours des derniers mois en région.

✎ Volet addictologie : la prévention au sein des missions locales pourrait utilement être organisée en relation avec le Conseil Régional qui a mis en place depuis de longues années un accompagnement santé pour les jeunes en insertion professionnelle.

Enfin le schéma régional de prévention est très intéressant de par l'inventaire de ce qui est fait en région. Mais sans professionnels en nombre suffisant, de médecine scolaire pour les jeunes, de médecine du travail pour les adultes, il risque d'être assez vain ! Et la réforme de la médecine du travail en limitant l'indépendance des médecins du travail ne va pas dans le bon sens.

En m'excusant d'avoir été aussi longue, mais la richesse des documents du PRS y incite, je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.



Michèle Leflon