

# DE LA NAISSANCE JUSQU'AU PAYS DE L'OR GRIS

**MARDI  
13  
NOV  
2012**

conférence-débat avec :

- **Chef du Centre Hospitalier de Roubaix,**  
Le Docteur Philippe LEFEVRE
- **Présidente de l'association (AFAR),**  
Françoise GOBLED
- **Gérontologue,**  
Françoise NAY

**AMPHI IFSI - ESPACE BARBIEUX - CH ROUBAIX  
UNIVERSITE POPULAIRE ET CITOYENNE**



# Université Populaire et Citoyenne à Roubaix

L'université populaire et citoyenne est une association loi 1901, fondée en 2004 par des militants engagés dans des actions d'Éducation Populaire sur la Ville de Roubaix. Elle s'est donné pour objet d'organiser des croisements de savoirs entre citoyens sur les questions d'intérêt général. Elle est à la fois :

■ **un lieu de formation citoyen** avec la mise en place de cycles de conférences-débats, de séminaires et de « cafés-citoyens » dans les quartiers. Ces lieux d'échanges et de formation sont gratuits et ouverts à tous.

■ **un lieu d'action collective** avec l'organisation « d'équipes de recherche-action sociales » (Eras) créées à l'initiative de citoyens volontaires, chargées de concevoir et animer différents programmes de croisements de savoirs.

En 2011, quatre recherches-actions proposent un programme riche de rencontres sur quatre thématiques :

■ « **le racisme et la discrimination** » en développant notamment des ateliers d'histoire locale,

■ « **le travail et l'insertion** » en élaborant des propositions visant à « bouger la politique de l'emploi à Roubaix »,

■ « **l'écologie urbaine** » en accompagnant le collectif de l'Union dans le projet d'implantation de l'écoquartier de l'Union à Roubaix-Toucoing-Wattrelos,

■ « **la santé citoyenne** » par la mise en débat d'une première offre publique de réflexion sur les trois axes : la santé surdéterminée par la précarité ; les difficultés à se soigner ; vivre "bien" avec une maladie ou un handicap.

L'Université populaire et citoyenne veut permettre à tous les habitants de participer à la construction des politiques publiques, en leur proposant à la fois des outils et un espace d'expression.

---

*Université Populaire et Citoyenne à Roubaix  
c/o FAL, 20 rue de Lille 59100 Roubaix  
Tél : 03.20.82.23.96 / [contact@upc-roubaix.org](mailto:contact@upc-roubaix.org)  
Toute notre actualité sur [www.upc-roubaix.org](http://www.upc-roubaix.org)*

Conférence débat du 13 novembre 2012

# DE LA NAISSANCE JUSQU'AU PAYS DE L'OR GRIS

## Introduction

«De la naissance jusqu'au pays de l'or gris »

Quel titre étrange, qui résonne comme un album de Tintin. L'idée de cette conférence est partie de deux constats Le premier : Avec le travail à l'UPC, je me suis rendu compte que d'une part les salariés de l'hôpital ne connaissent pas réellement les conditions de vie dans les quartiers et d'autre part, les habitants de Roubaix ne sont pas au courant et méconnaissent beaucoup des problématiques de l'hôpital. Le deuxième : la maternité Paul Gelé est aujourd'hui obsolète et Roubaix a besoin de se doter de nouvelles structures. En 2006, le ministère a d'ailleurs signé avec l'hôpital un contrat pour une nouvelle maternité à horizon 2012- 2014. Or, on ne voit toujours rien arriver ; Que s'est-il donc passé ? Revenons un peu en arrière

En 2002, la loi HPST (Hôpital Patients Santé territoires) réforme le financement des établissements de santé : C'est le début de la tarification à l'activité (la T2A) qui vise à unifier le financement entre tous les établissements de santé, publics et privés ; les Établissements de santé publics et privés sont donc financés à partir des actes effectués mais pas forcément à hauteur de leurs coûts. On comprend bien que le privé qui travaille sur du programmé et qui choisit son activité peut optimiser plus facilement ses résultats alors que la mission de service public est de soigner toute la population et toutes les pathologies même si elles ne sont pas « rentables ».

On comprend de fait que le privé produit des bénéfices alors que le public est en déficit. Or, dans le cadre d'une enveloppe globale équilibrée,

l'Agence Régionale de Santé impose à l'Hôpital de Roubaix le retour à l'équilibre budgétaire pour financer en partie la maternité.

Comme l'Hôpital est en déficit et depuis des années, nous allons de restructurations en restructurations pour optimiser les moyens et faire des économies, mais le déficit persiste.

Aujourd'hui, la dernière variable d'ajustement est le personnel. Sauf que, et dans le cadre de la T2A , si l'on réduit le personnel, on réduit l'activité donc le financement ; c'est la quadrature du cercle.

Pas tout à fait : un secteur échappe à cette logique infernale. C'est la gériatrie long séjour qui n'est pas



Bernard Deleu



● ● ● financée par la T2A. Il est donc possible d'y supprimer du personnel, ce qui aggrave les conditions de travail et met en situation de quasi maltraitance institutionnelle des résidents qui ont travaillé toute leur vie pour construire la société dans laquelle nous vivons. N'ont-ils pas gagné le droit de terminer leur vie dans le respect et la dignité ? C'est ce que stipule l'article premier de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

« De la naissance jusqu'au pays de l'or gris »

L'or gris représente les investissements financiers privés et les bénéfices importants réalisés dans la construction de structures de standing, dans le cadre d'une forme de marchandisation de la personne âgée.

Pour nous, « l'or gris » est aussi symbole des richesses de connaissance et de mémoire que nous apportent nos anciens qui sont nos racines.

Il n'est pas question ici de stigmatiser l'hôpital de Roubaix mais de réfléchir autour des questions :

La santé est trop importante pour accepter qu'elle se transforme en un bien marchand. Elle n'a pas

de prix et cependant elle a un coût. Comment nous adapter à cet apparent paradoxe ? Quelles solutions alternatives à l'accueil de la vie et à l'accompagnement vers une fin de vie imaginer aujourd'hui ? Comment relier ces alternatives au service public de la santé pour les mettre au service de tous les publics ? Saluer la vie, vivre et partir dans la dignité, en milieu hospitalier comme en milieu ouvert, doivent devenir des droits inaliénables pour tous.

Bernard Deleu, membre du collectif santé de l'UPC, retraité du Centre Hospitalier

Pour animer ce débat 3 personnes ont été invitées :

n Le Docteur Philippe LEFEVRE, chef du pôle Mère Enfant du Centre Hospitalier de Roubaix

n Françoise GOBLED, Présidente de l'association des Familles des Résidents du Centre Hospitalier de Roubaix (AFAR)

n Françoise NAY, gérontologue dans la région parisienne et vice présidente de la coordination nationale des comités de défenses des hôpitaux et maternités de proximité.

## LE COLLECTIF SANTE de l'UPC



Créé fin 2009, le Collectif Santé s'est donné pour principal objectif de repenser avec ceux qui agissent la politique de santé à l'échelle de Roubaix, en vue de remettre les citoyens au cœur de la démarche. Il construit une « Offre Publique de Réflexion » en évolution constante, à travers débats, séminaires, rencontres de partenaires, café-citoyens,...

Elle s'appuie sur 3 constats majeurs et une série de questions pour l'action :

1 - La santé des Roubaisiens est surdéterminée par la précarité, elle-même conséquence des inégalités sociales (solitude, « mal-manger », « mal se reposer »,...). Dans une ville, considérée comme l'une des plus pauvres de France, cela se traduit par une dégradation générale de l'état de santé, physique ou moral. Quelles actions sont menées dans la ville et dans les quartiers ? Qu'imaginer et proposer ?

2 - Les difficultés à « prendre soin » de soi, des autres,... Comment soutenir et renforcer le tissu social et sanitaire dans les quartiers ? Comment développer la promotion de la santé dans la proximité ? Une Maison de promotion de la santé à Roubaix ?...

3 - Comment vivre en « bien-être » même avec un handicap, une maladie ? Comment favoriser l'accès et l'intégration de chaque personne en citoyenneté ? Ainsi repenser et proposer une alternative « santé » à Roubaix avec les Citoyens qu'ils soient Habitants, Professionnels, Institutionnels, Chercheurs,...

Depuis janvier 2012, l'Université Populaire et Citoyenne de Roubaix (UPC) impulse et accompagne dans plusieurs quartiers de Roubaix « des cafés citoyens-santé », dans une démarche de promotion de la santé à l'échelle de la ville, dans la perspective d'une prise en compte globale des besoins de santé des habitants. Ces cafés sont une forme des possibilités de conscientisation permettant une approche de la santé visant à une éducation populaire ouvrant la voie à la prise en compte des besoins des habitants pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé et qu'ils participent directement à la mise en œuvre des politiques publiques de santé dans la ville, et particulièrement la mise en place d'une maison de la santé.

Ainsi, l'UPC accompagne les personnes pour une réflexion autour de la « santé globale » en partant

du vécu de chacun dans cette société des individus, afin de les mettre en commun, de les unifier pour construire ensemble des solutions. Ces solutions peuvent être en lien avec des propositions d'actions existantes ou à construire.

Les débats, entre les citoyens à différents niveaux, habitants, professionnels de santé et du social, chercheurs, dans une démarche d'enrichissement collectif, autour de l'offre publique de réflexion élaboré par l'UPC sur la santé, donne un sens précis à cette démarche. Partir, du mal être, de l'isolement, du mal manger, du mal se reposer pour permettre l'expression d'une possibilité de bien être immédiat, pour lui donner un sens pérenne.

Cette démarche s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé et d'une possibilité de mieux se soigner, à l'échelle de la ville.

Cette conférence se veut une contribution au débat à la réflexion permettant d'influer collectivement sur les politiques publiques. Elle s'inscrit aussi dans la construction progressive de pôles de santé de proximité à Roubaix, s'appuyant sur les besoins et potentiels des quartiers.

Philippe Maquet, animateur du collectif santé



# Intervention 1

## Naitre à Roubaix : Maintenir un service public de qualité pour tous

*Le Docteur Philippe Lefebvre, responsable du pôle Mère Enfant du Centre Hospitalier de Roubaix, chef du service orthogénie*



### Introduction

Comment le pôle mère enfant répond-t-il aux obligations de restrictions des coûts ? Comment fait-il pour s'adapter aux paradoxes soulignés par Bernard Deleu dans l'ouverture du séminaire ? Pour développer des solutions alternatives, maintenir la qualité, préserver les droits et rester accessibles à tous ? Le Docteur Lefebvre présente le pôle mère enfants, les alternatives qui s'y développent, les enjeux auxquels il est confronté,...

### Le Pole mère enfant de la Maternité de Roubaix

L'enjeu du pôle est d'améliorer la prise en charge des patientes et la qualité et la sécurité des soins. Il regroupe la gynécologie, l'obstétrique, la néonatalogie (pour les prématurés) une unité d'anesthésie, l'orthogénie (IVG et planification familiale), et le CAMSP (dépistage du handicap et de rééducation des enfants avec des déficiences). Ces dernières années ont aussi été développées la cancérologie pelvienne et mammaire, la chirurgie bénigne et plastique et les consultations infertilité.

2800 bébés naissent chaque année à la maternité Paul Gelée. De niveau 2B, elle possède un service de néonatalogie avec des soins intensifs ce qui lui permet de suivre les grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière mais n'a pas de soins de réanimation. En 2009 elle a obtenu le label International Hôpital Ami des Bébé, décerné aux maternités qui respectent un standard de qualité des soins (accompagnement de l'allaitement maternel et de la naissance) . . .

### Une coopération ville hôpital

D'emblée le docteur Lefebvre insiste sur le développement de synergies entre les établissements de santé mais aussi avec la médecine de ville, impulsé par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST). Trois démarches sont initiées sur Roubaix : suivi des grossesses à bas risques par la médecine de ville, hospitalisation à domicile des nouveaux nés dont les soins ne nécessitent plus une hospitalisation à temps complet, diminution du temps de séjour à la maternité grâce à la prise en charge de visites post natales par des sages femmes libérales.

### La T2A ou « l'enfer pavé de bonnes intentions ».

#### ■ Une concurrence accrue

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de tensions et d'incertitudes. L'hôpital doit en effet faire face à une série de mesures visant la réduction des coûts. En effet, la tarification à l'activité (T2A) constitue aujourd'hui le pilier des recettes des établissements. La convergence de tarification entre les hôpitaux publics et privés a eu pour effet la mise en concurrence entre ces 2 secteurs (alors que l'hôpital public n'accueille pas les mêmes patients que l'hôpital privé), mais aussi entre les établissements publics. Pourquoi ? La dotation faite à l'hôpital public fonctionne en vase clos. Une enveloppe à partager est décidée chaque année dans le plan de financement de la sécurité sociale. Elle est contenue et augmentera annuellement mais de moins en moins, ce qui amène les établissements à se tourner vers les activités les plus rentables et les niches financières.

Toutefois, si la concurrence entre le public et le privé existe clairement dans les champs de la chirurgie programmée, elle aurait toutefois plutôt diminuée en obstétrique au cours des 10 dernières

années. Ainsi assiste-t-on à un recul du secteur privé face aux exigences accrues en matière de normes d'équipement et de personnels pour assurer la qualité des soins. S'ajoute la hausse exponentielle des primes d'assurance qui augmentent considérablement les coûts. Enfin le secteur privé possède beaucoup de petites maternités qui se trouvent aujourd'hui en deçà du seuil de rentabilité fixé 1200 à accouchements, ce qui explique certaines fermetures ou regroupement (Comme c'est le cas pour la maternité privée de Villeneuve d'Ascq prévue pour 2500 accouchements/an).

- Une organisation pyramidale des soins à améliorer ;

La maternité doit aussi faire face à certains paradoxes liés à l'organisation des soins. Par exemple, seulement 1/3 des accouchements à bas risque se déroulent dans les maternités de niveau 1. Dans un contexte concurrentiel, une maternité de niveau 2 ou 3 ne refuse pas, si elle a de la place, de prendre ces accouchements à bas risque ; 2/3 d'entre eux ont donc lieu dans des maternités surdimensionnées en termes de plateau technique et d'effectif. C'est d'ailleurs surtout la qualité technique qui amène les femmes à se diriger vers les hôpitaux publics, mais qui sont plus mal placés en termes d'accueil et de niveau hôtelier.

- Une démographie médicale sous tension

Autre enjeu de l'hôpital : En gynécologie obstétrique, l'âge moyen des médecins est de 60 ans. Les effectifs sont insuffisants d'autant que le privé attire facilement les jeunes gynécologues vers la chirurgie moins contraignante et plus lucrative que l'obstétrique qui nécessite une grande disponibilité. Comme dans d'autres spécialités, les jeunes médecins souhaitent avoir une meilleure qualité de vie que leurs aînés d'autant que la profession s'est considérablement féminisée ces dernières années.

A l'inverse, la démographie des sages femmes est plutôt à la hausse (+ 3% par an) et leurs compétences s'élargissent (prescription contraception, accompagnement IVG). Beaucoup s'installent en libéral pour exercer leur activité, ce qui encourage

le développement des collaborations Ville-Hôpital.

### Une dégradation de la situation surtout pour les plus précaires

Dans ce contexte de maîtrise des coûts, le rapport de la cours des comptes sur la politique de périnatalité rappelle l'urgence d'une remobilisation tant en terme de qualité que de prévention. L'indicateur de la mortalité infantile retient en effet l'attention car il stagne depuis 2005 et les femmes en situation de précarité seraient les plus touchées ; D'où la nécessité de renforcer la prévention en particulier dans des villes comme Roubaix et d'améliorer la coordination entre les acteurs.

Les soignants ont bien conscience des difficultés générées par la crise économique mondiale, et les déficits publics sont souvent mis à l'index bien au-delà de l'Europe. De fait, des pays en paient un lourd tribut. Mais, à chaque fois, on constate que ceux qui sont le plus dans la précarité sont les plus touchés.

### S'engager au quotidien

Certes la médecine a un coût mais le financement des soins s'est dégradé alors qu'une proportion croissante des frais médicaux est prise en charge par les assurés eux-mêmes. Le recours aux nouvelles technologies et le vieillissement de la population pèsent lourd dans le budget de la santé.

Certains dénoncent le coût et la lourdeur de la bureaucratie sanitaire. Les médecins passent en effet beaucoup de temps à gérer des plans de retour à l'équilibre ou des mesures pour améliorer la performance, diminuant d'autant le temps consacré au médical. Beaucoup de cadres et de médecins sont ainsi impliqués dans des réunions qui ne font qu'augmenter au fil du déficit.

L'engagement des professionnels est donc aujourd'hui indispensable pour essayer de préserver au maximum la qualité et l'accès au soin des plus fragiles mais aussi pour préserver au maximum

● ● ● la qualité et l'accès au soin des plus fragiles mais aussi pour préserver l'existence de certains services structurellement déficitaires. Pour exemple, en orthogénie, le forfait pour les IVG n'a pas été réactualisé depuis longtemps et ne couvre pas les dépenses ; Conséquence, chaque fois que l'hôpital réalise une IVG il perd de l'argent.

Cet engagement est le combat des équipes soignantes soumises à une flexibilité et réactivité quotidienne. Ce sont ces équipes que le Docteur Lefèvre remercie en conclusion pour leur courage et leur ténacité.

**Encadré** Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types qui correspondent à des niveaux de technicité de soins de plus en plus importants, (avec plateau techniques et perso adaptés) Les maternités de niveau 1 accueillent les futures mamans dont la grossesse et, a priori, le déroulement de l'accouchement ne présente aucun risque... c'est-à-dire la majorité. Les maternités de niveau 2 possèdent

un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux. Elles prennent en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. Elles peuvent accueillir des enfants dont la prématurité est supérieure à 33 semaines : ils ont besoin de soins mais pas de prise en charge lourde, notamment sur le plan respiratoire

Les établissements de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension pendant la grossesse, diabète gestationnel) ou multiples, celles dont on sait, dès la conception, qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître. Les grands prématurés (moins de 33 semaines), par exemple, naissent dans ce type d'établissement, car les médecins doivent intervenir immédiatement pour des raisons de détresse respiratoire.

## Intervention 2

# VEILLIR à Roubaix : Placer l'Humain au cœur du débat

Françoise GOBLED, présidente de l'association des familles de résidents du CH de Roubaix

L'hôpital de Roubaix possède 3 EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) Isabeau de Roubaix, la Fraternité et le Vert Pré qui accueillent 384 résidents dont 120 en USLD (Unité de Soins Longue Durée).

L'EHPAD est une structure médico-sociale accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à domicile. (Le terme a remplacé celui de « maison de retraite »).

L'USLD est un établissement sanitaire destiné à l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants.





Quelles sont les difficultés vécues par ces établissements ? Quelle est la place des résidents et les familles face aux évolutions ? Françoise Gobled, nous présente sa vision des choses.

## Quand les familles se mobilisent aux cotés du personnel

Début 2010, le pôle EHPAD étant déficitaire, un plan de retour à l'équilibre financier a été mis en place par la direction de l'hôpital qui, dans ce cadre, a annoncé la restructuration des 3 résidences. En réaction le personnel a créé en juillet 2010 un comité de défense des aînés, et a invité des familles à une rencontre avec la Direction. Cette mobilisation a permis aux familles de se rencontrer et d'échanger sur les difficultés vécues par les résidents. De là est née l'association des familles de résidents du Centre Hospitalier de Roubaix, qui a fait alliance avec le personnel, lui apportant son soutien et s'est structurée pour défendre une prise en charge de qualité et dans la dignité de la personne âgée accueillies dans les établissements.

## Une demande de concertation

### L'association défend 2 points :

D'une part, la restructuration prévoit de regrouper les malades lourds dans deux secteurs distincts pour « optimiser » les dépenses et les soins. Quels impacts en termes de stimulations et de motivations pour ces résidents qui vivront encore plus entre eux ? De plus, cela suppose une répartition du personnel soignant, afin d'en augmenter le nombre en USLD au détriment, peut-on craindre, des EHPAD.

D'autre part, l'association dénonce « le manque d'explication de la part de direction de l'Hôpital, l'absence de considération des familles, « l'omerta financière », le manque de concertation sur les choix d'organisation impactant les résidents ». Françoise Gobled s'insurge : « On avait l'impression que les économies et les changements de secteurs se faisaient sur des personnes très âgées, sans défense, souvent sans famille, et par ailleurs souvent médicalement et socialement assez dépourvues ». Elle reste persuadée qu'avec un budget aussi contraint, mais une réelle concertation, certaines mesures passeraient d'ailleurs beaucoup mieux tant au niveau des familles que du personnel.

## Le manque de personnels soignants ; quelles conséquences ?

Ce projet de restructuration soulève d'autres difficultés vécues dans les établissements ; Beaucoup sont liées au manque d'effectifs soignants (infirmières, aides-soignantes). Ces derniers n'ont plus la possibilité de passer un temps suffisant auprès des résidents. Les soins se résument à des gestes techniques, dénonce Françoise Gobled, et malgré l'investissement des personnels, il reste peu de temps pour la stimulation et le relationnel. L'association dénonce par exemple les toilettes réalisées à tout heure, et dans certaines structures, le manque de kinés, d'orthophonistes, l'absence d'ateliers thérapeutiques, voire d'espaces de détente, l'essentiel de la journée étant passé pour certains résidents dans la salle à manger faute de lieu adapté ou d'autonomie leur permettant de se déplacer seul au sein de l'établissement.

Cette difficulté à rendre un service de qualité entraîne des souffrances du côté du personnel, avec pour conséquence de la démotivation et de l'absentéisme et donc un turn-over très déstabilisant pour les résidents, les remplaçants n'étant pas toujours au courant de leurs habitudes.

## Remettre l'humain au centre du débat

Derrière les revendications de l'association, il y a d'abord un enjeu de dignité et de défense d'un service public de qualité qui respecte les personnes. Françoise Gobled déplore que la rationalisation des soins se fasse souvent au détriment de l'humain : « Quid du projet de vie personnalisé et de l'écoute ? Aucun humain ne peut vivre correctement s'il ne peut exprimer ses demandes, ses craintes, ses capacités. » Pour toutes ces raisons, l'association réclame donc de remettre l'humain au centre du débat.

## Concrètement

L'association se bat pour obtenir plus de lits médicalisés au sein des établissements, afin d'éviter l'orientation vers l'hôpital des résidents dont la pathologie s'aggrave. Car on sait que l'hospitalisation est souvent perturbante et pas toujours adaptée. Elle souhaite que les dotations

● ● ● financières puissent être revues annuellement et prennent en compte l'évolution des besoins et les spécificités des personnes accueillies, qui sont à Roubaix souvent défavorisée socialement et médicalement. Elle réclame enfin plus de transparence financière, les familles et les résidents contribuant financièrement au fonctionnement des établissements au même titre que l'ARS et le Conseil Général. Depuis 2011, un Pole d'Activité de Soins Adaptés (PASA) a été ouvert au sein du Vert Pré. Il permet la présence d'un personnel plus nombreux, et des occupations plus adaptées pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Une avancée mais insuffisante au regard des besoins.

Schématiquement, les maisons de retraites dépendent de 2 dotations ; L'une pour les soins versée par l'ARS et une autre pour la dépendance versées par le Conseil Général. Ces deux dotations sont soumises à des calculs difficiles à comprendre pour les familles et résidents (grille AGGIR pour évaluer la perte d'autonomie et système Pathos pour établir l'état et la gravité de santé des patients). Ces grilles reflètent l'état de santé et d'autonomie à un Temps T , et sont dans certains cas, vite dépassées. De même une convention tripartite (ARS, Hôpital et Conseil général) pour définir les moyens financiers a été signée en 2010, mais n'est pas révisée annuellement, alors que 2 ans plus tard l'état de santé des résidents a pu évoluer.

## Intervention 3

# TITRE TITRE TITRE



Françoise Nay, gérontologue dans la région parisienne et vice présidente de la coordination nationale des comités de défenses des hôpitaux et maternités de proximité.

### Intro

L'hôpital public est encore majoritairement le lieu où on naît et le lieu de la fin de vie.

Aujourd'hui 2/3 des accouchements s'y déroulent ; Il est le seul à prendre en charge des soins longue durée. Il accueille les patients les plus atteints et les plus démunis, et gère les urgences et le SAMU 24/24H, 7j/7.

« **Comment ces politiques de santé que nous subissons depuis une trentaine d'année ont-elles conduit un pays aussi riche que la France à être aussi maltraitant vis-à-vis d'un certain nombre de population ?** » s'interroge Françoise Nay.

Pendant longtemps la France a été considérée comme le pays ayant le meilleur système de santé au monde. Comment en est on arrivé aujourd'hui à ce qu'un nombre croissant de personnes rencontre des difficultés d'accès aux soins ? Françoise Nay témoigne ici en tant que médecin militant dans le comité de défense des maternités publiques.

Une fracture sanitaire

Le rapport annuel de médecin du monde

Publié en Octobre 2012 dénonce la détérioration des conditions d'accès aux soins des populations précaires en France. Plus d'un tiers des patients vient se soigner tardivement par rapport aux soins qu'imposent leurs pathologies. 45% des femmes enceintes ont un retard dans leur suivi de grossesse.

**L'UFC que choisir** tire également la sonnette d'alarme sur «la fracture sanitaire intolérable» et les inégalités territoriales de l'offre médicale tenant compte de la capacité financière des usagers à se soigner ; Éloignement géographique avec de véritables déserts médicaux dans certaines zones, manque de spécialistes, dépassements d'honoraires qui ont doublé en 20 ans. 40% de la population ne peut plus accéder financièrement à un spécialiste aux tarifs de la sécurité sociale. 54% de la population pour des gynécologues ...

## Comment en est-on arrivé là ?

Notre système de santé reposait jusqu'alors sur une offre d'hôpitaux publics et de médecine de ville largement répartie sur l'ensemble du territoire, organisée en niveaux de soins (HG, CHU) et complétée par un secteur privé lucratif fort et un secteur associatif non lucratif mutualiste. Si il était aussi performant c'est parce qu'il s'appuyait sur une protection sociale de haut niveau financée par les cotisations sociales salariales et patronales, qui permettait la prise en charge financière des dépenses de santé.

Depuis les années 80' de nouveaux besoins sont apparus et avec eux, la question de leurs financements. S'est mise alors en place et par couches successives des politiques de réduction des dépenses de santé. (cfr encadré)

D'abord, en 30 ans la population en France a augmenté et a vieilli.

Ce vieillissement s'est accompagné d'une augmentation des personnes atteintes de maladies chroniques liées à l'âge, que l'on soigne mieux aujourd'hui qu'il y a 30 ans. Il y a donc plus de personnes à soigner et qui vivent plus longtemps avec des pathologies.

En parallèle, la crise économique a fragilisé l'emploi et donc les sources de financements de la protection sociale. Les exonérations de charges, censées augmenter la compétitivité des entreprises ont aussi fragilisées les finances de la sécurité sociale.

De son côté, le secteur privé hospitalier a évolué vers une recherche de rentabilité ; les petites cliniques dirigées par des médecins ont été rachetées par des groupes, qui ont abandonné un certains nombres d'activités pour se tourner vers des secteurs plus lucratifs afin de répondre aux exigences des actionnaires.

Le décor est planté : D'un côté, un secteur privé commercial désireux de gagner des parts de marché. De l'autre un secteur public qui cherche à réduire ses coûts. Au milieu les déficits publics qu'on ne sait comment financer. ...

## Un peu d'histoire

**Début des années 80'** : premières mesures de réduction des dépenses de santé

Réduction du nombre de médecins formés (8000 à 9000 médecins formés par an en 2000/ 3100 en 1993) sans anticiper les évolutions de la société.

Au début des années 2000 les quotas augmentent mais insuffisamment (4100/an) face aux signaux d'alerte prévoyant un manque de médecins dans certaines spécialités (gynécologie- obstétrique) pour les années 2010.



**1995 : le plan Juppé** Mise en place des ARS chargées notamment de gérer les crédits limitativement alloués au niveau régional et subordonnée à des contrats d'objectifs et de moyens

**2004 : la loi Douste Blasy** instauration des premières franchises (1€ par consultation)

Première ébauche de parcours de soins avec l'obligation de passer par un médecin traitant pour accéder à un spécialiste

**2004 -2009 :** Mise en place de la T2A mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés quels que soient leur statut et leur spécialité. Le financement est fondé sur la nature et le volume des activités. (Logique de résultats)

**2009 : la loi Bachelot HPST** sur l'organisation des soins donne tous les pouvoirs aux ARS ; la notion d'hôpital public disparaît de la loi / Art 1er / Des missions de service public peuvent être données aux cliniques privées.

## Un accès aux soins plus difficile

**Françoise Nay pose des constats, dénonce les orientations des politiques publiques sources de dysfonctionnements et d'inégalités :**

- La part des soins pris en charge par la sécurité sociale diminue (déremboursements, franchises, forfaits, moins de prises en charge à 100%..) et celle à la charge des personnes augmente, de même que les cotisations des complémentaires santé.

- Les dépassements d'honoraires accélèrent le processus de médecine à deux vitesses

- Il manque de médecins, surtout de spécialistes, par ailleurs inégalement répartis sur le territoire. Différentes causes expliquent cette situation : l'augmentation de la population, la sous estimation du numérus clausus, la réduction du temps de travail dans les établissements, l'hyperspécialisation dans certaines disciplines ...

- L'Hôpital public se dégrade. L'objectif de rentabilité pour un « retour à l'équilibre financier » entraîne des effets pervers : durée moyenne de séjour à respecter pour l'occupation des lits, tarification à l'acte avec des objectifs de « production de soins »...

- Des efforts sont réalisés depuis plusieurs années et se traduisent souvent par des suppressions de postes, des fermetures de services, une mutualisation avec parfois une baisse de qualité. La baisse d'activité dans certains services entraîne des restructurations, voire la fermeture de petites structures

- Pendant des années les financements attribués à l'hôpital ont été inférieurs aux besoins réels. Il y a aussi des dépenses incompressibles. L'augmentation de l'enveloppe budgétaire en cours de négociation au Sénat est de 2,6%. C'est en deçà des besoins ; 3,1% permettrait juste une reconduction à l'identique (du fait de l'augmentation du coût des médicaments, de la charge salariale liée à l'ancienneté par exemple). L'Hôpital public va donc devoir économiser 750 millions d'euros.

- Dans le cadre du plan Hôpital 2007-2012, les hôpitaux doivent autofinancer leurs investissements ayant recours à des emprunts parfois toxiques.

Il y a donc urgence à repenser le système de santé, surtout dans le secteur des maternités ; si certains investissements ne sont pas faits, l'hôpital public ne pourra être à niveau, et laissera la place à « l'hégémonie du privé », conclue Françoise Nay.

## Débats et témoignages

**Question :** La situation semble grave. Le système de soins dans les pays industrialisés est en crise : comment s'en sortir ? En augmentant les cotisations ? On ne pourra aller bien loin... Quelles sont les alternatives à construire ? Que peut faire le citoyen ? Comment s'organiser localement pour penser différemment la santé ?



**Témoignage :** Je pense qu'il faut défendre la sécurité sociale, les cotisations selon ses moyens et selon les besoins. Les mutuelles ont leurs limites, car chacun reçoit en fonction de ce qu'il peut payer. On parle de diminuer les charges sociales et patronales pour relancer l'embauche mais on a besoin de ces cotisations pour la protection sociale...

**Question :** Et les répercussions sur les malades ? Face aux inégalités sociales de santé, de nombreuses personnes n'auront pas accès au privé ; va-t-on faire du secteur public un secteur des pauvres ? Leur demandera-t-on comme dans certains pays le niveau de leur couverture sociale avant de pouvoir les soigner ?

**Question :** Quel est le rôle de l'Europe tout cela ?

**PL :** L'hôpital fonctionne aujourd'hui comme une entreprise. C'est comme ça. On en subit les conséquences même si c'est inacceptable à beaucoup d'endroits. Les directives européennes exigent la diminution des déficits publics (3% est le niveau imposé à l'État français). Ce sont des choix politiques. En Grèce et en Espagne la santé va très mal. Ce n'est plus une priorité.

#### Questions :

■ Pourquoi l'hôpital public loue-t-il son matériel au secteur privé sachant que le même examen coûtera plus cher dans le secteur privé ? J'ai dû passer par le privé pour réaliser un examen prescrit par le public, et réalisé par le privé avec du matériel de l'hôpital public ? Ne se marche-t-on pas sur la tête ?

■ L'hôpital de Roubaix a mis en place un TEP scan (un scanner) à l'extérieur des locaux de l'hôpital. Pour y amener le malade, il faut faire appel à une ambulance privée.. Est-ce logique ?

**R :** L'ARS impose que les machines très coûteuses soient être absolument rentabilisées. L'hôpital public seul ne peut pas ..

#### Question :

■ Merci à l'hôpital public qui m'a sauvé la vie. J'ai été pris en charge en urgence mais après l'hôpital public ne pouvait plus me soigner. Faute de matériel adapté et ils ont dû me transférer dans le privé qui a pris le relais. J'ai été là aussi très bien soigné... Mais si on n'avait pas eu de mutuelles ?

■ Les constats sont alarmants. Mais alors que faire ?

**DPL :** Il faut refonder le système de santé et donner les moyens financiers à l'hôpital public. Au-delà de ce qu'il coûte, il ne faut pas oublier le rôle qu'il joue en termes d'aménagement du territoire et sur le plan humain.

Soit on se retire du système et on laisse faire sans nous professionnels et citoyens. Soit on essaie de « sauver les meubles », de sauver les équipes, d'inventer d'autres modes de faire comme à travers la coopération avec la médecine de ville et les centres périnataux de proximité par exemple.



**F.N :** Il y a des Hôpitaux publics qu'on cherche à faire fonctionner comme un secteur marchand, mais les professionnels et usagers s'y opposent. Il y a beaucoup d'endroits où les gens se mobilisent pour garder l'Hôpital Public..

Il y a nécessité de se bagarrer ensemble personnels et usagers pour défendre un secteur public fort ; De se mobiliser en tant que citoyens ; car la santé n'est pas réservées aux spécialistes et aux médecins.

Il est essentiel de repartir des besoins de la population en se demandant « qu'est ce qui est

nécessaire et pourquoi ? », de revenir aux fonctions premières d'accueil de tous, de réclamer plus de visibilité .

**PM :** Il faut se souvenir de l'histoire et revenir aux fondements ; En 1960, le syndicat de médecins (USMF) a signé une convention collective où l'ensemble des médecins, en contrepartie de l'acquisition de la protection sociale ( créée au départ pour les salariés) et du respect de l'exercice de la médecine par l'Etat, s'engageaient au respect des tarifs négociés par la sécurité sociale.

## Quelle politique de santé à Roubaix ?

Comment interpellier les politiques publiques à Roubaix sur les problématiques identifiées hier ? Quelles propositions pour avancer dans cette construction ?

Le but des ateliers est de mettre en commun questionnements et réflexions pour déconstruire les politiques publiques et les reconstruire dans une démarche d'éducation populaire dans le champ de la santé. Ces propositions alimenteront le travail du collectif santé dans les mois à venir.

En introduction, Laurence Cattelain et Elisabeth Tassin, toutes deux professionnelles de santé présentent deux expériences positives au sein de l'hôpital de Roubaix.



## Témoignage / Le Pole d'Activité et de Soins Adaptés



### Laurence Cattelain, Aide soignante au PASA

Le Pole d'activité et de soins adaptés se trouve au centre médical du Vert Pré (144 lits). Il fait partie du plan Alzheimer. Il vise à maintenir des fonctions cognitives et des habitudes de vie des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées.

Le PASA accueille 14 résidents de l'établissement, à la journée (9H30 à 17h), dans un lieu clos où l'architecture a été étudiée pour éviter la déambulation ou la fuite sans fin des personnes souffrant d'Alzheimer. Ces dernières participent à des activités de stimulation mémoire et retrouvent des gestes de la vie quotidienne (plier le linge, éplucher les légumes, jardiner). Des sorties sont possibles car accompagnée par des bénévoles l'AFRAP (Association des Familles des Résidents, Amis et Personnels du Vert Pré) très actifs dans la structure. Deux aides soignantes spécifiquement formées encadrent les résidents, et sont

disponibles pour accorder de l'attention à chacun. Les activités se déroulent en groupe mais peuvent être individualisées en fonction des besoins et capacités des personnes.

Les participants sont désignés par les médecins en coordination avec les équipes, selon des critères qui s'assurent du consentement préalable des familles et de la personne, et selon un projet de vie. Les critères sont médicaux et comportementaux. Le consentement préalable des familles et de la personne est recherché par l'équipe. Les familles peuvent participer aux activités si elles le souhaitent. L'expérience du PASA montre toute la pertinence d'une démarche qui respecte la personne, son rythme, ses envies et capacités et qui permet aux soignants de prendre le temps tant dans l'accompagnement individuel que collectif. Le PASA touche malheureusement peu de personnes au sein de la structure (14 sur 144), et tous les établissements n'ont pas de PASA malgré les attentes des familles.

# Témoignage/ Le CAMSP de Roubaix /

Élisabeth Tassin pédiatre et directrice du Centre d'Action Médico Sociale Précoce

## Un peu d'histoire

Les CAMSP ont été créés au milieu des années 70' grâce à l'engagement de pionniers comme le docteur SALBREUX ? pédopsychiatre, pour que les enfants handicapés ne soient plus hospitalisés avec des traitements et sans prise en charge réelle, ni accompagnement des parents ; Une approche révolutionnaire à l'époque, se détachant de la seule logique sanitaire. Aujourd'hui il existe environ 300 CAMSP en France, associatifs ou hospitaliers comme c'est le cas du CAMSP de Roubaix, qui dépend du pôle 'mère-enfant' et dont les financements (20% Conseil général et 80% par l'assurance maladie) sont gérés par le CH de Roubaix.

## La prévention précoce

Le CAMSP a pour vocation la prise en charge précoce des enfants de 0 à 6 ans, en situation de handicap ou présentant un risque. On sait qu'un diagnostic et d'une prise en charge les plus précoces possible peut prévenir les risques de « sur-handicap » et favoriser un meilleur développement. Ses missions : prévention, dépistage et diagnostic précoce, soins, rééducation guidance parentale, sociabilisations et orientation. Il accompagne les parents et aide à l'intégration de l'enfant, autant que possible, dans le milieu ordinaire



## Comment rentre t-on ?

N'importe qui, sans ordonnance, peut frapper à la porte du CAMSP s'il est inquiet pour son enfant. Mais à Roubaix, le CAMSP ne peut plus répondre à toutes les sollicitations. Depuis peu, un pré accueil permet d'évaluer la demande, d'orienter éventuellement vers d'autres structures et de mieux gérer les délais d'attente. Les enfants arrivent avec une pathologie déjà connue ou non. Le CAMSP reçoit aussi des enfants qui à priori n'ont pas de pathologie grave, ou de diagnostic posé, mais des parents qui s'inquiètent parce que leur enfant ne marche pas encore ou ne parle pas beaucoup. A l'urgence du diagnostic, l'équipe privilégie l'accompagnement de la famille à découvrir les symptômes de l'enfant ou à comprendre ce qu'il a, et donc à cheminer pour arriver à des réalités pas toujours faciles à accepter.

A Roubaix, beaucoup d'enfants sont orientés vers le CAMSP pour des retards de développement globaux et cumulent des difficultés qui rendent complexe l'analyse. Un certain nombre de familles à cause de drames familiaux ou de carences n'ont pas la possibilité de donner à leurs enfants les conditions d'éveil et de stimulation, nécessaires au bon développement. Bien souvent ce sont à la fois des carences affectives et familiales mais aussi des réalités organiques, qui sont sources du retard. Ce qui suppose une vigilance des équipes pour que les problèmes sociaux ne fassent pas écran à d'autres réalités

Les enfants et les parents sont ensuite accompagnés par une équipe multidisciplinaire (pédiatre, neuro-pédiatre, kiné pédopsychiatre ... psychologues, ortho, as, psycho mot ergothérapeute enseignants spécialisés) . La gratuité et l'engagement sont 2 principes clefs. On vérifie préalablement que les familles sont en capacité de s'engager dans un suivi parfois contraignant. Un contrat est signé entre la famille et le CAMSP autour d'un projet de soin individualisé.



Un cadre « bienveillant et ferme » est posé pour que les familles respectent cet engagement.

A Roubaix, le CAMS est fortement investi avec la Ville sur la scolarisation et socialisation des enfants porteurs de handicap. Même si dans la loi tout enfant handicapé a le droit à être scolarisé, la réalité est tout autre. Le circuit avec la MDPH est lent et complexe (une demande en novembre pour un accord en septembre l'année suivante..) A Roubaix des postes permettent que des ASI interviennent à l'école, crèche ou halte garderie en attendant la notification

### **La place des parents**

Individuellement, ils sont associés tout au long du parcours de l'enfant. Collectivement, un groupe de parole se réunit chaque mardi et un Conseil de Vie Sociale est en train de se mettre en place.

### **Une image très sociale**

Le CAMSP reçoit des familles de toutes origines sociales et culturelles mais avec une prédominance de familles à vulnérabilités multiples. A Roubaix beaucoup d'enfant suivis bénéficient de mesures sociales ou judiciaires ; ce qui suppose, toujours avec l'accord préalable des parents, un travail de coordination adapté à chaque enfant avec de nombreux partenaires ( travailleurs sociaux, PMI ..).

### **Le temps hors soins**

Le travail d'écoute et d'accompagnement des familles est primordial. Ce temps hors soins n'est pas ou peu reconnu par les financeurs, et les équipes n'ont pas le temps de s'arrêter, pour réfléchir et construire des outils permettant une meilleure reconnaissance de ce travail.

Le CAMSP est de plus en plus sollicité pour des enfants avec des pathologies lourdes, qui ne peuvent être pris en charge ailleurs. De ce fait, les enfants avec des retards de développement dit « moins » urgents, ne sont plus prioritaires faute de place suffisante. Or s'ils ne sont pas accompagnés rapidement, les problèmes vont s'installer et

les professionnels ne pourront plus intervenir efficacement.

### **Et après le CAMSP, quelle orientation ?**

La plupart des enfants ont encore besoin de soins mais pour préparer la sortie du dispositif à 6 ans, il faut s'y prendre 2 ans plus tôt c'est à dire aux 4 ans de l'enfant à cause des lenteurs administrative et de la liste d'attente importante. Cela pose plusieurs problèmes :

Le CAMSP ne prend plus les enfants de 4 ans, car il est déjà trop tard pour préparer une orientation adaptée. Quand le retard est décelé au bilan de 4 ans, cette situation est dramatique pour l'enfant. Celui-ci est réorienté alors vers d'autres structures, parfois elles mêmes saturées... Un dossier d'orientation fait à 5 ans signifie une prise en charge à 7 ans, et peu de réponses adaptés entre deux.

De plus, il est parfois difficile d'évaluer à 4 ans de manière objective les capacités cognitives de l'enfant dans le cas de certaines souffrances infantiles. C'est sans compter aussi que les parents ne sont pas toujours prêt à reconnaître la déficience de leur enfant de 4 ans et d'autant moins à envisager l'avenir à 2 ans .



## Ateliers

# Propositions pour une politique globale de Santé à Roubaix

Fort de la conférence et des témoignages du matin, 3 groupes ont travaillé sur des propositions visant à alimenter l'offre publique de réflexion à partir de la situation Roubaissienne. La synthèse qui suit reprend les principaux points de débat et quelques propositions .

### Placer l'humain au cœur de l'évaluation

Un premier point de débat porte sur les méthodes d'évaluation des politiques de santé. Comment sont évalués les résultats de ces politiques? Les indicateurs utilisés sont ils pertinents? Dans un des ateliers, on s'interroge sur les économies réelles à moyens et long terme des politiques "Quand on ferme une maternité ou un service regardons à quels besoins ils répondent avant de fermer parce que ca coute cher !"

Trop souvent les chiffres sont privilégiés au détriment de l'humain, S'ils sont importants, la perception de l'Hôpital par les citoyens, les collectifs d'usagers et les personnels soignants doit aussi être prise en compte: «Tout ce qui compte ne peut être compté, mais tout ce qui peut être compté ne compte pas toujours » souligne un participant. Au delà du soin technique, l'accompagnement, l'écoute, le temps accordé, l'accueil doivent intégrer l'évaluation!

### (Re)prendre sa place de citoyen

Tous, à un moment de notre vie, sommes concernés

par les questions de santé évoquées depuis deux jours que ce soit pour soi même, ses enfants, ou ses parents. "Il n'est pas possible d'être extérieur et indifférent". D'une part, parce que la population semble avoir été exclue de la réflexion sur les politiques de santé et doit réinvestir ce champ. Ce n'est pas seulement une affaire de spécialistes.

D'autre part, parce que nous sommes au bout d'un système qui ne dégage plus assez de moyens par rapport aux besoins, alimentant une médecine à deux vitesses. Il faut donc en tant que citoyen, reprendre possession de la santé et de la solidarité, mais on ne peut être seul pour agir. Professionnels, citoyens, chercheurs, associations, localement doivent faire alliance et porter ensemble des propositions pour réduire les dysfonctionnements et les inégalités .

### Soutenir les collectifs et associations

Autre constat: Il n'est pas toujours facile pour les patients et leur famille de s'affirmer face aux institutions. Dans les établissements d'hébergement de personnes âgées, on rencontre des personnes isolées, sans famille ou avec des familles en retrait, qui s'expriment peu ou ont du mal à être écoutées et entendues. La précarité crée une distance avec les acteurs de la santé.



Les associations et les bénévoles jouent un rôle essentiel dans la vie des établissements (visites, animations, sorties, convivialité). "Mais tout ne doit pas reposer sur eux" insistent des participants. "Les associations ne sont pas là pour pallier aux défaillances des institutions, ni les bénévoles pour se substituer aux professionnels, ou remplacer des emplois".

Pour autant, comment faire pour que les associations aient un "vrai" rôle? Et pour que les institutions soient plus à l'écoute des besoins et des dysfonctionnements qui sont remontés dans les espaces dédiés ?

Les associations de familles de résidents peuvent être des relais pour les patients et leurs proches. Les Conseils de Vie Sociale sont des lieux où les usagers peuvent être représentés. Combien y en a-t-il sur Roubaix? Quelle place ont-ils ? Il faut encourager le développement des associations et collectifs, insistent les participants. Par ailleurs, des outils existent déjà, comme la charte du patient, qui n'est pas toujours respectée mais sur laquelle il est possible de s'appuyer pour agir.

Quelle est la place des citoyens dans la négociation d'une politique de santé adaptée (gestion et organisation de l'Hôpital)? Les usagers sont pourtant représentés dans les conseils de surveillance mais semble-t-il avec peu d'écoute et de poids. Comment réaffirmer la participation des usagers dans ces instances?

Dans la continuité de ce débat 2 propositions sont formulées:

D'une part le Collectif Santé devrait rencontrer les associations d'usagers et de familles pour soutenir et encourager une dynamique associative sur Roubaix.

D'autre part des Comités d'Habitants Usagers et Citoyens, constitués d'habitants des quartiers, d'usagers et de leur famille, pourraient avoir leur mot à dire dans l'élaboration de politiques de santé plus proches des besoins et des enjeux locaux. "Créons des CHUC à Roubaix !"

## Ouvrir les lieux, créer des liens

Les lieux de soins et d'hébergement pour les personnes âgées ou handicapées semblent peu ouverts sur la Ville, tant du point de vue physique que relationnel. Si aujourd'hui les nouvelles constructions sont mieux intégrées, certains établissements plus anciens sont l'héritage d'une époque où ils étaient construits dans des espaces clos ou à l'écart.

Par ailleurs, pour des raisons multiples on partage moins que par le passé le quotidien de personnes âgées ou handicapées; où se rencontre-t-on aujourd'hui?

Il est proposé d'ouvrir davantage les établissements aux bénévoles pour plus d'interactions avec l'extérieur. Cela suppose de mobiliser la population, dont les jeunes, pour les inviter à s'engager mais de dépasser aussi un certain nombre de procédures et de blocages. La bonne volonté ne suffit pas toujours, un cadre minimal est nécessaire : Pourquoi ne pas repenser un statut de volontaires comme cela existe au Canada par exemple?

Il est proposé aussi de réinvestir des lieux comme les jardins et abords des établissements et autres espaces publics pour favoriser les occasions de rencontres entre les générations.



## Sortir de l'isolement, se rencontrer

Les patients et les familles se sentent souvent isolées face à la maladie, ou au placement d'un proche. Une fois encore, on relève les besoins importants d'écoute. Il est proposé d'accroître les espaces de rencontre et d'échange à la fois entre personnes vivant la même expériences (face à la maladie, au handicap d'un enfant, au placement d'un parent... ) mais aussi entre malades et les autres citoyens valides.

## Impulser une conscientisation citoyenne

Les témoignages soulignent des blocages, des lourdeurs et donc des dysfonctionnements, entraînant une souffrance des patients, des familles mais aussi des professionnels.

Pour montrer l'écart entre les besoins et la réalité et être force de propositions, les citoyens doivent pouvoir comprendre ce qui se joue et décoder les systèmes et les enjeux ! D'où l'intérêt des échanges entre citoyens et professionnels comme le séminaire l'a permis. Ces occasions doivent pouvoir se renouveler que ce soient lors des conférences et séminaires ou des cafés citoyens, insistent des participants.

## Valoriser l'existant, encourager les initiatives

Au-delà des dysfonctionnements exprimés, les participants sont conscients qu'ils existent des initiatives, une qualité de soins et d'accompagnement. Le potentiel est bien là. Les personnels soignants œuvrent au quotidien. Toutefois, notre système de santé est en danger . Par conséquent, nous devons tous mobiliser .

Les initiatives comme celles du CAMSP ou du PASA sont à valoriser, soutenir et encourager. "Il faut faire

connaître ce qui marche" insiste un des groupes ! Comment les citoyens peuvent ils se montrer solidaires de ce type d'initiatives ?

2 aspects paraissent essentiels :

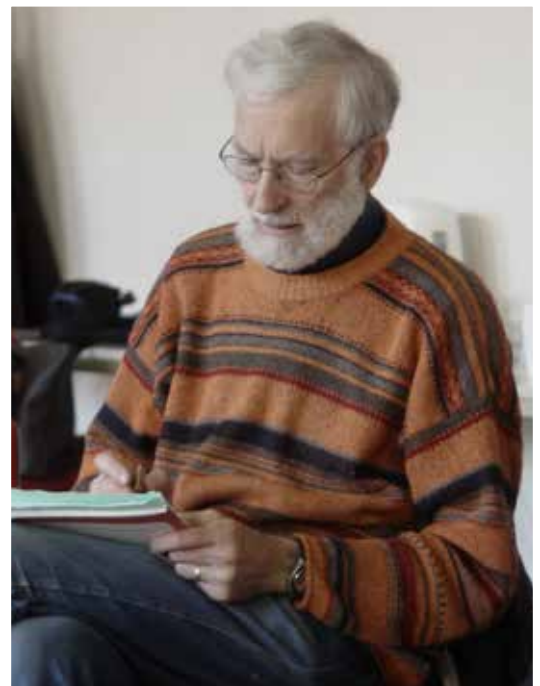
- **reconstruire une image positive de l'hôpital public à Roubaix avec tous les acteurs dont les habitants.**

- **Réaffirmer la place des personnes au centre des projets , comme citoyen avant tout et non uniquement malade ou patient .**

## Réinvestir la prévention :

La réponse médicale a tendance à prendre le devant sur la prévention. A l'heure de la recherche d'économie, n'oublions pas que celle ci reste quand même moins couteuse sur le long terme!

Actuellement, à l'hôpital les soignants ont encore moins de temps à consacrer à la prévention. A l'hôpital aussi "il faut aller vite" et il est donc parfois plus rapide de "faire à la place" ce qui, pour des personnes âgées, n'aide pas au maintien de l'autonomie et fait ressentir plus encore à la personne la perte de ses capacités...





## Vieillir ensemble autrement

A Roubaix, l'isolement des personnes âgées personnes sont isolées dans les quartiers. Là encore le tissu associatif et de voisinage peut être précieux.

Plusieurs propositions sont formulées par les participants: créer des liens entre les structures et les quartiers; susciter des occasions de rencontres intergénérationnelles, travailler sur les liens social au sein des quartiers et du voisinage; casser les barrières engendrées par le "tout normatif" les procédures et des règles de sécurité exacerbées qui s'imposent à tous les niveaux...

Il est aujourd'hui urgent de concevoir des modes

d'habiter plus adaptés permettant de vivre autrement la vieillesse (logements adaptés, habitat intergénérationnel, habitat partagé .. ) Si les projets avancent dans certains pays comme le Québec ou la Belgique, les expérimentations sont encore timides en France et souvent à l'initiative de collectifs ou d'associations pionnières .. En tant que citoyens encourageons les initiatives d'habitat écologique partagé comme celles du collectif HEP à l'union, mais interpellons aussi les pouvoirs publics pour qu'ils puissent les soutenir .

**Enfin, la vieillesse est ici associée à "perte", et à "problèmes". Comment ré impulser dans les structures et les quartiers une approche "conviviale" de l'âge ?**

## les principales propositions à valider

- Face à un système de Santé qui dérape, reprendre une place en tant que citoyens, et de manière collective
- Prendre en compte la personne dans sa globalité. Considérer les patients comme des citoyens qui peuvent être acteurs (individuellement et collectivement) de leur santé.
- Contribuer à une politique publique de santé citoyenne à Roubaix avec :
  - un portage politique fort
  - des réponses cohérentes et décentralisées sur la ville à construire collectivement , qui partent des besoins des populations et de la réalité des quartiers .

# Les cahiers de l'UPC déjà parus

**N°1. Le creuset français, histoire**

**de l'immigration** avec Gérard Noiriel

**N°2. Les politiques d'insertion sont-elles justes ?**

avec Simon Wuhl

**N°3. Laïcité, Islam et République** avec Alain Gresh et

Michel Tubiana

**N°4. L'Économie solidaire et l'insertion :**

**quels gisements d'emplois ?** avec Bernard Eme

**N°5. Les différents visages du racisme** avec

Mouloud Aounit et Pierre Tévanian

**N°6. 20 ans de TUC, CES, Emplois jeunes,**

**quel bilan pour avancer ?** avec Bernard Gomel

**N°7. Mixité sociale ou assignation à résidence ?**

avec Sylvie Tissot et Saïd Bouamama

**N°8. En attendant l'emploi, changer le travail**

avec Bernard Gazier

**N°9. Esclavage-colonisation, qu'avons-nous fait de**

**notre histoire ?** Avec Olivier Le Cour Grandmaison

et Christiane Taubira

**N°10. Décroissance, terre et humanisme,**

**du Sahara aux Cévennes** avec Pierre Rabhi

**N°11. Quelle autre Europe sociale ?**

avec Bernard Gazier (à Valenciennes)

**N°12. Du RMI à l'allocation universelle**

avec Yannick Vanderborght

**N°13. Quelle autre Europe sociale ?** avec Jean

Claude Barbier ( au pays des Sept Vallées)

**N°14. Quelle autre Europe sociale ?**

avec Jean Gadrey et Nicolas Postel (à Dunkerque)

**N°15. La science, le politique et le citoyen**

avec Jacques Testart \*

**N°16. A quoi sert l'identité nationale ?**

avec Gérard Noiriel \*

**N°17. Quelle autre Europe sociale ?**

avec Dominique Méda

**N°18. Contre le chômage, a-t-on vraiment**

**tout essayé ?** Forum citoyen pour bouger

la politique de l'emploi

**N°19. Faut-il en finir avec l'insertion ?**

**Quel nouveau service public ?**

avec Robert Castel, Jean Gadrey et Bernard Eme.

**N°20. Contre le chômage, a-t-on vraiment**

**tout essayé ?** 2<sup>e</sup> Forum citoyen pour bouger

la politique de l'emploi

**N°21. Pour sauver la planète, sortez**

**du capitalisme** avec Hervé Kempf

**N°22. La fin de ce monde n'est pas la fin**

**du monde** avec Patrick Viveret

**N°23. Quel accompagnement socio-professionnel ?**

avec Olivier Jeanson et Fabrice Moustiez

**N°24. Repenser les migrations**

avec Agnès Arquez Roth et Nancy L. Green

**N°25. Une "identité nationale",**

**quelle réalité en 2010 ?** avec Denis Sieffert,

Saïd Bouamama, Bruno Matteï \*

**N°26. Vers une sécurité sociale professionnelle ?**

avec Francis Kramarz

**N°27. Laissez tomber votre caddie**

avec Christian Jacquiau

**N°28. Quelle citoyenneté urbaine ? \***

avec Jacques Donzelot

**N°29. Apprendre de la précarité ?**

avec Florence Aubenas

**N°30. De l'Alma à l'Union : vers un éco-quartier**

**exemplaire ?** avec Sylvain Coquerel et Lucien Kroll

**N°31. Inégaux devant la santé :**

**une injustice inéluctable ?** avec Pierre Aïach

**N°32. Racisme mode d'emploi** avec Rokhaya Diallo

**N°33. Que peut-on partager avec les Roms à**

**Roubaix ?** avec Clair Michalon

**N°34. Dessine-moi une ville en transition**

**N°35. Économie solidaire et insertion**

avec Martin Hirsch

**N°36. Place à la santé !** avec Didier Ménard

**N°37. Habiter autrement contre le mal-logement ?**

avec Stéphanie Lamarche-Palmier, Valérie Morel et

Arlette Haedens

**HORS SERIE : Changeons d'ère à l'Union !**

\* à paraître



Directeur de la publication : Bruno Matteï

Rédaction : Hugo Bouquet

Photos : Héléna Salazar

Mise en pages : Poitout Charlie,

Imprimé sur papier recyclé par Raza Prod

Tirage: 1000 exemplaires

ISSN : 1778-039X