

CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS
VENDREDI 22 AVRIL 2016
9h00 - 12h15
Mairie du 19^{ème} arrondissement
5, Place Armand Carrel - 75019 PARIS

Début réunion : 9h20.

I/ Accueil de Madame Séverine GUY, Adjointe au maire du 19^{ème} arrondissement chargée de la santé, de la prévention de la toxicomanie et de la lutte contre les exclusions

II/ Approbation du compte-rendu de la réunion du 22 mars 2016

Mme LEFEVRE souhaite rectifier ses propos concernant les relations avec les psychiatres. Le compte-rendu est approuvé, sous réserve de ces remarques.

III/ Thème de la réunion : « Les inégalités sociales de santé (ISS): que pouvons-nous faire et comment ? »

1) Introduction (Dr Pascal CACOT, Dr Muriel PRUDHOMME, pour la commission prévention de la CRSA et Dr Bernard JOMIER, Adjoint au maire de Paris)

Le Dr CACOT rappelle que ce sujet a déjà été abordé 3 fois par la Conférence de territoire de Paris, car c'est d'abord un sujet extrêmement dense et complexe et qui semble ensuite résister durablement aux incantations et aux efforts.

Il se pose la question de comment faire en sorte que la diminution des inégalités sociales de santé devienne un projet collectif et enthousiasmant. L'objectif de la réunion n'est donc pas de solutionner le problème mais de mieux le comprendre, de nourrir la réflexion et d'en débattre ensemble.

Le Dr PRUDHOMME est membre du groupe de réflexion permanent sur les inégalités sociales et territoriales de santé dont a souhaité se doter la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) en 2012.

Les objectifs qu'il poursuit est d'essayer d'élaborer une culture partagée de la question des inégalités sociales de santé, d'être ensuite un outil d'information de la CRSA et de ses commissions, de faire en sorte que la problématique des inégalités sociales de santé soit en permanence réinterrogée par ces commissions et de réfléchir aux manques dans la façon de traiter le problème.

Concernant la définition des inégalités sociales de santé, elle rappelle que l'on parle de santé de façon globale et de l'ensemble des déterminants qui vont agir sur la santé. Dans le domaine de la périnatalité comme dans d'autres, ce n'est pas le soin en tant que tel qui est le facteur le plus influent mais bien les déterminants : niveau d'éducation (accès à l'information et capacité de compréhension de cette information), revenus, logement, intégration sociale. En effet, moins la personne est intégrée dans le tissu social, plus elle est éloignée des soins et des comportements favorables à la santé. La question très importante a donc été de savoir comment les ramener dans la communauté sociale et créer du « liant » entre les différents acteurs et les différentes politiques pour aller vers les populations fragilisées.

Ce groupe a alerté la CRSA sur :

- la question des données, très générales et axées sur le soin mais peu sur le croisement social/santé, et sur l'absence de données fines sur l'impact territorial des actions des services de PMI (protection maternelle et infantile) dans les quartiers défavorisés ;
- la question de savoir quel est l'acteur qui a le plus matière à agir à un échelon le plus bas possible : professionnels de santé, collectivités locales (qui ont des leviers sur les politiques publiques en matière de logement par exemple) ? L'Agence régionale de santé a depuis mené une politique de conventionnement développée avec un grand nombre d'acteurs (contrats locaux de santé, ...).
- enfin, le problème de l'accès aux droits et au logement qui pèse sur l'état de santé.

Le Dr JOMIER rappelle que la Ville de Paris a choisi d'inscrire ses actions sous la devise de la lutte contre les ISS pour des questions d'égalité et de justice sociale. Il indique que les indicateurs de l'état de santé sont globalement bons sur Paris mais lorsqu'on rétrécit la focale, on se rend compte que des inégalités sociales et territoriales existent et qu'elles n'ont pas tendance à se réduire. Une politique volontariste de réduction de ces inégalités est donc nécessaire.

Sur quels leviers peut-on agir ?

- l'offre de soins : le système de soins et son accès reste un déterminant important de santé. Or, elle s'affaisse sur le secteur de proximité (secteur 1) rendant l'accès plus difficile aux populations fragilisées. La Ville de Paris et ses partenaires ont donc entrepris de renforcer l'offre en centres de santé et en maisons de santé pluridisciplinaires et mis en place le dispositif Paris Méd' (<http://www.paris.fr/parismed>) afin d'inciter les jeunes généralistes et paramédicaux à s'installer (les premiers cabinets ouvriront prochainement)
- les dispositifs en faveur de publics plus spécifiques avec des facteurs de santé très dégradés : usagers de drogues (mise en place d'une salle de consommation à moindre risque, projet porté par l'association GAIA), prostituées, migrants,...
- la prévention, qui peut être un bon outil de réduction des ISS sans lui être consubstantiel. Il met en garde contre les politiques de prévention qui, si elles sont mal pensées et mal ciblées, peuvent au contraire accroître les inégalités de santé.

Ex : Paris Santé Nutrition (http://www.paris.fr/municipalite/action-municipale/actions-sante-2441#sante-et-nutrition_47) est ainsi un programme à destination des enfants résidant dans six arrondissements où la situation sociale est moins bonne que la moyenne, mais le Dr JOMIER pense que ce programme devrait être déployé sur les 20 arrondissements, pour ne pas exclure des enfants qui, bien que résidant dans des arrondissements a priori favorisés, n'ont pas une situation sociale permettant un accès à une bonne nutrition.

Les politiques de lutte contre les ISS doivent donc croiser les approches territoriales et populationnelle.

Il doit y avoir une réflexion sur la façon de faire évoluer les dispositifs spécifiques territorialisés de santé publique (ex : ateliers santé ville) pour qu'ils touchent au plus près les réalités sanitaires et sociales des territoires.

Ce sera l'objet des Assises de la Santé de réfléchir au pilotage des politiques de santé sur le territoire parisien, avec tous les acteurs et tous les parisiens.

La question des déterminants de santé est essentielle car ils sont le constituant principal de l'état de santé d'une population. Il y a beaucoup d'outils à mettre en œuvre : le plan parisien

santé environnement a par exemple pour objectif d'agir sur les facteurs environnementaux qui dégradent la santé, la politique de construction de logements sociaux, etc.

2) Définitions (Dr Mady DENANTES, Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) des Envierges (20^{ème}))

Les inégalités sociales de santé relèvent de facteurs sociaux et sont considérés comme injustes, évitables. C'est une priorité de les réduire pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et pour les politiques publiques internationales et françaises.

Le Dr DENANTES insiste sur le fait qu'il ne faut pas les confondre avec les inégalités de santé qui sont des différences de santé entre individus qui peuvent relever de facteurs génétiques ou physiologiques, comme l'âge. Dans ce cas ce sont des inégalités inévitables. Les inégalités sociales de santé concernent toute la population et pas uniquement les personnes en situation de précarité.

Il est intéressant de constater que les inégalités territoriales recoupent les inégalités sociales (cf. étude Vigneron).

➔ **Cf présentation Powerpoint**

3) De quelles données disposons-nous à Paris ? (Marie-Alice TELLE-LAMBERTON – Observatoire régional de santé (ORS))

Mme TELLE-LAMBERTON présente les données de l'Observatoire régional de la santé (ORS) concernant les inégalités sociales de santé à Paris.

Le territoire parisien est marqué par des inégalités sociales qui s'accroissent (revenu fiscal, bénéficiaires CMU-c, espérance de vie à la naissance, obésité, diabète, mortalité infantile, répartition et offre médicale en secteur 1, etc).

Elle conclut en disant que l'on dispose de beaucoup de données sanitaires et épidémiologiques (indicateurs sociaux, données ALD, etc) mais que le temps d'exploitation est long. La démarche d'exploitation sera d'autant plus efficace qu'elle sera faite avec des personnes proches de la décision.

➔ **Cf présentation Powerpoint**

4) Exemples d'actions concrètes visant à diminuer les inégalités sociales de santé :

La Protection maternelle et infantile, actrice de réduction des ISS (Dr Elisabeth HAUSHERR, Chef de service de la PMI, Direction des Familles et de la Petite Enfance, Ville de Paris)

Le Dr HAUSHERR présente la PMI comme un acteur fondamental dans la prise en charge des inégalités sociales de santé. Elle travaille sur l'ensemble des déterminants sociaux grâce à des équipes pluridisciplinaires et travaille principalement en réseau, pour proposer des prises en charge adaptées et plus en amont. Les centres de PMI, implantés dans les zones où les inégalités sont importantes (est et nord-est parisien), travaillent en lien avec tous les acteurs sociaux et de santé.

A titre d'exemple, elle cite le poste de sage-femme spécialement créé et dédié aux migrants ou encore les conventions conclues avec les maraudes de Paris pour repérer les personnes en situation de fragilité extrême.

Elle insiste sur l'effort fait pour repérer, évaluer, orienter et proposer des prise en charge précoces aux femmes enceintes, dans les centres de PMI, en maternité ou en crèches.

➔ **Cf présentation Powerpoint**

Une question est posée sur comment faire pour progresser dans le repérage de ces femmes enceintes qui arrivent en maternité sans avoir fait l'objet de suivi.

Le Dr HAUSHERR cite le travail d'une sage-femme précarité comme un élément de réponse car elle est chargée de repérer des situations difficiles.

Une autre question est posée pour savoir quel est le taux de femmes enceintes suivies dans les centres de PMI de la Ville de Paris.

Le Dr HAUSHERR répond qu'il n'y avait pas d'enregistrement systématique des familles vues avant l'année dernière, faute d'un système informatique centralisé et que les premières données seront disponibles fin 2016.

ISS et grossesse : les constats et les objectifs du projet « Bien-être » (Dr Gladys IBANEZ – médecin généraliste – chercheur en santé publique)

Le Dr IBANEZ présente le projet « Bien être », mené actuellement dans les 13^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, qui consiste à accompagner au mieux et précocement les femmes enceintes vulnérables au cours de leur grossesse.

Le projet est un projet collaboratif qui se pose la question de comment améliorer la santé mentale des femmes enceintes en prenant en compte les inégalités sociales de santé.

➔ **Cf présentation Powerpoint**

Mme LEFEVRE demande pourquoi le conseil local de santé mentale du 20^{ème} n'a pas été intégré dans le projet.

Le DR IBANEZ répond qu'il va l'être prochainement car les partenariats sont désormais en cours, maintenant que les outils de repérage de vulnérabilité ont été mis en place.

De l'action sur la « malbouffe » auprès des jeunes à la réduction des ISS (François GUIOT, Association « Action Jeunes »)

En l'absence de M. GUIOT, Mme PRUDHOMME présente succinctement l'action proposée par l'association :

« Action Jeunes » est une association qui a une implantation très locale dans le 17^{ème} arrondissement, dans un quartier assez défavorisé. Son action consiste à réfléchir avec des jeunes du quartier à ce qui pourrait être fait en faveur des jeunes. La question de la nutrition s'est vite posée car beaucoup de jeunes sont en situation de surpoids ou d'obésité. Les raisons évoquées par ces jeunes sont qu'ils n'ont pas la place ou pas d'autres moyens de cuisiner que des micro-ondes ou des bouilloires.

L'association demande donc à des nutritionnistes de proposer des recettes facilement réalisables avec ce matériel afin que ces jeunes puissent cuisiner des recettes équilibrées malgré tout, ou à des producteurs de venir présenter leurs fruits et légumes afin qu'ils puissent découvrir des fruits et légumes qu'ils ne connaissaient pas. Les jeunes sont ainsi invités à prendre les choses en main et à participer. Cela a également l'avantage de créer du lien dans le quartier. L'association est également preneuse de nouvelles connexions (médecins pour venir faire des exposés etc).

M. FARNAULT, de la DT 75 de l'ARS, évoque le projet Paris Santé Nutrition et l'initiative d'une association qui a créé un petit guide de recettes pratiques et illustrées à l'attention des familles résidant en hôtel, qui ont peu de matériel pour cuisiner.

Le Dr DENANTES évoque les différents moyens de réduire les ISS au travers d'actions mises en œuvre au sein du système de santé, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires :

- en pratiquant l'équité des soins,
- en repérant les vulnérabilités et en utilisant la position sociale dans la pratique préventive,
- en travaillant en équipe pluridisciplinaire (centres de santé, pôle de santé, MSP),
- en facilitant l'accès géographique et financier aux soins (pratique du tiers payant)

Propositions : suppression du ticket modérateur (prise en charge à 100%) et possibilité de choisir la Sécurité Sociale comme assurance complémentaire (comme cela existe déjà pour les bénéficiaires de la CMU-c)

M. FARNAULT rappelle que seulement 75% de la population parisienne a déclaré un médecin traitant (environ 90% au national).

Le Dr DENANTES signale que peu de personnes savent que dès que l'on change de caisse ou de statut, on perd son médecin traitant.

M. BASTIDE, Directeur de cabinet du Dr JOMIER, dit qu'a été identifiée en Conseil de Paris, la mauvaise utilisation des dispositifs de complémentaire santé (CMU-c,...), qui font donc partie des leviers à activer.

5) Que nous apprennent les études de santé publique et les interventions de promotion de la santé sur l'origine des ISS et sur la manière de les déconstruire ? (Pr Pierre LOMBRAIL, Médecin de santé publique, Université Paris 13)

➔ **Cf présentation Powerpoint**

6) Discussion générale avec Gilles ECHARDOUR - Délégué Territorial ARS 75 et Laurent CASTRA, Directeur du Département Santé Publique (ARS Ile-de-France)

Le Dr CACOT lance la discussion en parlant du pouvoir d'agir comme facteur producteur de santé.

Les études de Whitehall ont porté sur une population qui n'avait pas de problème de logement ni d'emploi : les fonctionnaires de la Marine. La morbi-mortalité de cette population a été étudiée pendant 30 ans et il ressort de ces études qu'il existe un gradient social, un gradient hiérarchique de santé : plus on est haut dans la hiérarchie, plus on est en bonne santé. Une fois la part de variance due à l'alimentation et à l'hygiène de vie (tabac, alcool) des mousses retirée, les résultats ne diffèrent pas. Il a donc été avancé comme hypothèse que la capacité d'action dans sa vie (domaine d'action ou d'initiatives possible) était un facteur déterminant de santé. Ainsi, cela expliquerait que les mousses, simples exécutants, à la marge de manœuvre réduite, soit en moins bonne santé que les amiraux.

Le Dr CARTACHEFF souligne que n'a pas été abordé l'impact du religieux et de la culture sur l'état de santé : est-ce que par exemple le fait d'être musulman a un impact sur l'état de santé ou non ? Cela a-t-il été étudié en France ou à l'étranger ? Est-ce qu'il y a des blocages théologiques qui vont avoir des conséquences sur l'état de santé ?

M. LOMBRAIL répond que pour ce qui concerne par exemple les conduites à risque des jeunes (consommation d'alcool en particulier), l'Islam « protège » et l'influence du religieux est prouvée. L'« ethno-médecine » existe et devrait être mieux connue et comprise car effectivement la culture (rapport au corps par exemple) et le religieux ont une influence, négative comme positive, sur l'état de santé.

Mme TELLE-LAMBERTON ajoute que la cartographie de mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures, dû à 90% à des intoxications alcool-tabagiques, montre que la situation n'est pas catastrophique en Seine Saint Denis. On peut donc penser qu'il y a un facteur sous-consommation d'alcool par rapport à d'autres départements franciliens.

Le Dr PRUDHOMME évoque la difficulté et la complexité de convaincre les acteurs eux-mêmes (différentes directions de la Ville, enseignants, éducateurs ...) qu'ils ont aussi un pouvoir d'agir et un impact sur la santé. Aujourd'hui, on renvoie quand même l'idée que la santé est une affaire de spécialistes.

M. YVEN, de la CHT psychiatrie parisienne, pense que la connaissance épidémiologique des besoins, la connaissance des acteurs et des ressources du territoire est très importante notamment en psychiatrie où le lien entre problématiques psychiques et sociales est très fort, avec la question permanente de la facilitation de l'accès des patients à ces différentes ressources afin de leur redonner une capacité d'action et de l'autonomie en dehors de l'hôpital.

Mme STOPPA-LYONNET est frappée par le chiffre donné par M. LOMBRAIL : 66% de la population n'a pas le niveau d'éducation suffisant pour comprendre les conseils médicaux (chiffre OCDE). Outre le fait qu'il existe des limites intellectuelles et linguistiques, elle le met en parallèle avec le taux d'observance thérapeutique observé qui est de seulement 40%. Elle se dit qu'il y a un élément essentiel qui est l'information et l'éducation à la santé (mission importante d'éducation thérapeutique des hôpitaux, surtout avec l'émergence des maladies chroniques).

Elle se pose donc la question de comment sortir d'une information très « linéaire », voire qui n'est que de l'injonction, et comment faire en sorte que les personnes se prennent en charge elles-mêmes, retrouvent cette prise d'initiatives, cet « empowerment ». Il lui semble que le projet Paris Santé Nutrition mis en place par la Ville de Paris en est une bonne illustration avec la création d'ateliers qui sont une autre façon d'informer sur la nutrition. L'information avec des outils nouveaux lui semble donc un élément essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé.

Le Dr IBANEZ rassure M. LOUP sur le rôle du père lors de la grossesse, et précise que l'entretien prénatal précoce (EPP) s'adresse également au père.

M. CASTRA, remercie la Conférence pour son invitation et se tient à sa disposition pour lui exposer ce que l'ARS souhaite faire car il considère l'éclairage des instances du territoire comme précieux.

En écho aux termes « management », « conditions de vie » et « capacité à agir », utilisés par le Dr CACOT, il évoque le « dispositif » de formation de la Navy et de manière plus générale des pays britanniques. La conception de la formation dans l'armée anglaise n'est pas de développer des égos pour que chacun pense qu'il est meilleur que l'autre. C'est de considérer qu'on va former quelqu'un dans un esprit qui est que l'armée anglaise est la meilleure du monde. « Mon régiment est le meilleur de l'armée anglaise, ma compagnie est la meilleure du régiment, je suis le meilleur soldat de ma compagnie. ». Chacun est un

soldat sans distinction, qu'il soit officier ou simple soldat. On peut admettre que chacun est en capacité de faire comme s'il pouvait se substituer, à des moments critiques, à l'échelon du dessus. C'est-à-dire reconnaître sa capacité à agir.

Il insiste donc sur la dimension individuelle, qui n'entre pas en contradiction, il l'espère, avec la notion collective. Il cite les propos du président de la commission prévention de la CRSA qui évoque l'importance de penser et de développer de la « prévention collective individualisée ».

Il pense ensuite que l'ARS doit travailler de plus en plus de manière conjointe, et sur des actions concrètes, avec l'Assurance maladie, ce qui est le cas en Ile de France dans le cadre de la Commission des coordinations des politiques publiques (CCPP).

Il rappelle que l'Assurance maladie est une assurance sociale avec intervention de l'Etat et une politique de répartition, donc de réduction des inégalités. Pour les programmes à venir, y compris sur les territoires, l'ARS doit donc travailler de plus en plus avec l'Assurance maladie qui a inscrit la réduction des inégalités en toile de fond de son action.

Concernant l'action conjointe, différents acteurs sont représentés au sein de la CCPP (ARS, Préfet de Région, directions de l'Etat, organismes de sécurité sociale, collectivités locales et territoriales etc). Cependant, la CCPP a du mal à avoir une vision de la déclinaison des actions et de leur coordination à l'échelle des territoires (département, infra territoire).

Il n'est pas sûr que les acteurs de terrain et la Conférence ait un regard sur la constitution, l'évolution et le suivi de ces actions conjointes et des financements qui leur sont dédiés.

Il demande aux participants s'ils ont ou souhaitent avoir ce programme ou au moins cet état des lieux commun des actions menées par les opérateurs publics qui les financent ou les cofinancent.

Mme PIOU, de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, très concernée par la politique de la Ville sur de nombreuses thématiques, se dit preneuse de cet état des lieux, de ce « bilan » commun.

Le Dr CACOT pense effectivement qu'il serait intéressant d'accentuer le travail sur la coordination, le décloisonnement et la transversalité.

M. CASTRA insiste sur le fait que les pouvoirs publics ont besoin d'un éclairage des instances, mais aussi de personnes comme M. LOMBRAIL, en partage et en se challengeant. Il pense que l'action au niveau de l'ARS s'inscrit dans une stratégie complémentaire, au sens de l'OMS. Concernant l'universalité, il pense qu'on pourrait davantage la dynamiser : élever tout le monde, en n'ayant pas peur de créer des inégalités. Le but étant de créer une spirale qui, même si des acteurs vont plus vite que d'autres, élève tout le monde.

Par coordination des pouvoirs publics, il entend par là travailler un certain ordonnancement et une certaine synchronicité des actions afin d'éviter les redondances et les vides, car même si on ne peut pas tout faire, on peut faire davantage avec les moyens dont on dispose.

IV/ Dates des prochaines réunions / questions diverses

La prochaine réunion aura lieu le **vendredi 20 mai de 9h15 à 12h à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière** et aura pour thème « **Psychiatrie-Précarité** ».

Fin de la réunion : 12h30.